9.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 229.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 27 décembre 1849,

Par Hippolyte BLOT,

né à Paris,

ancien Interne lauréat des Hôpitaux et de la Maison d'Accouchements (Maternité),
Membre titulaire de la Société anatomique,
Membre titulaire de la Société de Biologie de Paris.

DE

L'ALBUMINURIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES;
SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMPSIE,
SON INFLUENCE SUR L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1849

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	.....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. CLOQUET. VELPEAU. LAUGIER.
Clinique d'accouchements	DUBOIS, Président.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL, Examinateur.	JARJAVAY.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE, Examinateur.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'ALBUMINURIE

CHEZ

LES FEMMES ENCEINTES;

SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMPSIE,

SON INFLUENCE SUR L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Le sujet que j'ai choisi est extrêmement vaste, et soulève les questions les plus ardues qu'il soit donné au médecin de résoudre.

Ces questions ont déjà exercé la sagacité de quelques observateurs, et quoique nées d'hier, elles ont donné lieu à plusieurs travaux où elles ont reçu des solutions diverses. Il en est une cependant, la dernière, qui est tout à fait neuve; je crois qu'elle m'appartient, aussi c'est surtout pour elle que je réclame l'indulgence.

Pour les deux premiers points du sujet, il faut sans doute voir une cause de divergence dans sa difficulté; mais j'ai cru trouver la principale dans la confusion de différents ordres de faits, et parfois aussi dans des inductions trop peu rigoureuses et trop faciles. J'ai fait tous mes efforts pour éviter ces défauts, je suis bien loin de me flatter d'y avoir toujours réussi, peut-être me suis-je montré un peu hardi dans quelques généralisations; qu'on me le pardonne en considération du petit nombre de faits qu'il est possible à chacun de

nous de recueillir, en considération aussi de la réserve avec laquelle j'ai exprimé les résultats qui ne m'ont pas semblé suffisamment démontrés.

Dans telle circonstance, j'ai cru entrevoir la filiation de certains faits complexes ; de la chaîne je tenais les deux anneaux extrêmes, j'ai cherché à combler l'intervalle par la logique et le raisonnement ; si quelques chaînons intermédiaires m'ont échappé, j'ai fait avec franchise ressortir cette lacune.

Parmi les idées consignées dans cette thèse, les unes sont miennes, je le répète, c'est pour elles que je réclame l'indulgence; les autres sont empruntées aux travaux d'hommes faisant autorité dans la science, je m'estimerai heureux si on les trouve aussi bonnes que je les crois moi-même.

Toutes ces idées, par moi adoptées ou conçues, sont étayées d'observations scrupuleuses et discutées avec tout le soin et la sévérité dont j'ai pu être capable.

Je n'ai rapporté que les faits dont j'ai été témoin et dont j'ai recueilli l'histoire, je réponds par conséquent de la vérité des détails.

Il se peut que je me sois trompé dans leur interprétation, que par leur assemblage artificiel, j'aie construit un échafaudage déjà près de s'écrouler devant la haute raison des hommes placés à la tête de la science ; mais du moins les débris de l'édifice trouveront, je l'espère, en des mains plus habiles, leur destination ultérieure, car ces matériaux sont de bon aloi.

Ce n'est pas sans y avoir réfléchi, que j'ai adopté le titre d'*albuminurie*. Je fais cette remarque en commençant, afin de ne laisser aucun doute sur sa signification ; je veux, dès le principe, faire savoir quelles sont les limites dans lesquelles je me suis renfermé, et à quel point de vue j'ai examiné la question. La synonymie médicale, qui n'est le plus souvent qu'un indice de confusion dans les idées, a

placé à côté de ce mot *albuminurie* les noms de *néphrite albumineuse, maladie de Bright,* etc., d'où il est résulté pour beaucoup de personnes que toutes ces expressions expriment un seul et même état morbide ; or, rien n'est moins exact.

Dans tout le cours de ce travail, je n'emploierai le mot *albuminurie* que dans son sens purement grammatical, purement étymologique, c'est-à-dire pour exprimer le passage de l'albumine dans l'urine, quelle que soit d'ailleurs la lésion fonctionnelle ou matérielle qui préside à cette anomalie. Nous verrons plus loin qu'elle peut dépendre de bien des causes. Sans traiter, d'une manière spéciale, de chacune d'elles, cela nous entraînerait trop loin, nous nous contenterons de passer en revue tous les états morbides qui peuvent amener ce passage de l'albumine dans l'urine ; nous ferons donc une étude séméiologique de la question, plutôt qu'une description complète de chacune des maladies dans lesquelles il peut y avoir albuminurie.

Parmi toutes ces causes qui peuvent ainsi présider à l'albuminurie, nous tâcherons de faire ressortir les plus fréquentes ; de cette manière, nous arriverons plus facilement à juger cette proposition presque généralement admise aujourd'hui : « La présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes est un phénomène d'un pronostic extrêmement grave. » On ne tardera pas à reconnaître que cette pensée, émise par les auteurs qui ont étudié la question, n'est que le corollaire d'une autre opinion, qui fort heureusement n'est pas fondée, à savoir, celle qui consiste à admettre l'existence constante de la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes albuminuriques.

On a peu étudié, jusqu'à ce jour, surtout en France, ce que présente de particulier l'albuminurie pendant l'état de grossesse. C'est pourtant là une question importante, tant au point de vue purement pratique que sous le rapport physiologique.

L'importance pratique ne peut être un instant mise en doute,

quand on songe que, dans certains cas, par le seul fait de cette sécrétion anormale, non-seulement la vie de la mère, mais aussi celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, peut être compromise dans un avenir plus ou moins prochain (éclampsie, hémorrhagie utérine).

La connaissance exacte de cet accident peut, si les propositions que j'essayerai d'établir se transforment en lois, changer la pratique à mettre en usage dans le traitement d'une affection extrêmement grave, trop souvent mortelle pour la mère et l'enfant, je veux parler de l'éclampsie. Si, en effet, je parviens à démontrer que l'albuminurie appauvrit le sang, le fluidifie, et prédispose ainsi aux hémorrhagies utérines après l'accouchement, en rendant difficile, lente, ou même quelquefois impossible, la formation de caillots oblitérateurs à l'orifice des vaisseaux utérins rompus; si, dis-je, je parviens à démontrer tout cela, on devra bien se garder à l'avenir de diminuer la plasticité du sang par des saignées plus ou moins abondantes, plus ou moins nombreuses, faites à une époque *encore éloignée* de l'accouchement, dans le but incertain de prévenir une affection qui ne se développera peut-être pas. Nous verrons plus loin que, chez les femmes albuminuriques, les saignées, en supposant qu'elles constituent un véritable moyen préventif de l'éclampsie, doivent être pratiquées avec ménagement et parcimonie, et seulement alors que leur indication est évidente.

Enfin, ce sujet touche de très-près à une question physiologique de premier ordre, encore obscure sur bien des points, je veux parler de la circulation rénale et des relations qui existent nécessairement entre cette circulation et la sécrétion dont les reins sont chargés. Peut-être, en effet, cette circulation jouit-elle d'une certaine indépendance, peut-être n'est-elle pas liée d'une manière aussi intime qu'on l'a cru jusqu'à ce jour avec le reste de la circulation générale. Les expériences toutes récentes faites par notre collègue de la Société biologique, M. Claude Bernard, tendent à démontrer cette espèce d'indépendance.

Ce sujet m'a paru difficile, à cause de sa nouveauté, du petit

nombre de faits qu'il nous a été possible de recueillir, et des lacunes qui se trouvent, malgré moi, dans quelques-unes des observations sur lesquelles je serai obligé de m'appuyer. Si je ne me suis pas laissé arrêter par tous ces obstacles, c'est que j'ai été encouragé par la pensée que mon travail, tout imparfait qu'il fût, aurait au moins le mérite d'appeler l'attention sur des questions scientifiques et pratiques du plus haut intérêt. Ce que je n'aurai pu éclaircir, d'autres l'élucideront, et je m'estimerai heureux si, de mes recherches, il a pu jaillir quelques étincelles propres à mettre en lumière les points obscurs de la question.

DIVISION DU TRAVAIL.

J'avais d'abord eu l'intention de partager mon travail en trois parties bien distinctes, correspondant chacune à une des parties du titre que j'ai adopté; mais je me suis bientôt aperçu qu'en suivant cette marche, je ne pourrais éviter une foule de répétitions, une foule de doubles emplois. J'ai donc dû m'en tenir à peu près à la division scolastique reçue et suivie par la plupart des auteurs de nos traités de pathologie dans la description d'une maladie quelconque.

Je ferai donc rentrer les deux derniers points de mon sujet (rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie, son influence sur l'hémorrhagie utérine) dans le chapitre qui traitera du pronostic; celui-ci, en effet, devra nécessairement varier suivant les résultats que nous obtiendrons.

MARCHE SUIVIE DANS MES RECHERCHES, MODE D'EXPÉRIMENTATION, PRÉCAUTIONS INDISPENSABLES A PRENDRE POUR NE PAS S'ABUSER SUR LA VALEUR DES RÉSULTATS OBTENUS.

Je dois faire remarquer tout d'abord que j'ai expérimenté *indifféremment* l'urine de toutes les femmes qui se présentaient à la salle d'accouchement, sans choisir les unes plus que les autres; sans cela,

on le comprend de reste, mes observations n'eussent pas servi à formuler des lois générales sur l'albuminurie des femmes enceintes, mais seulement quelques particularités exceptionnelles.

En commençant mes recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, j'ai eu tout naturellement pour première nécessité de déterminer avec soin les conditions normales de l'urine chez la femme enceinte; or, voici, en résumé, ce qu'on peut dire à ce sujet: Jamais, dans les cas ordinaires de la gestation, il n'existe d'albumine dans l'urine sans lésion matérielle ou fonctionnelle des voies urinaires. Pour compléter ma pensée, je dois ajouter que dans le plus grand nombre de cas où existe l'albuminurie, cette anomalie de sécrétion tient à un simple trouble physiologique. L'étude attentive des causes, et l'analyse des observations que je rapporte à l'appui de ce travail, prouveront, j'espère, surabondamment cette dernière proposition; aussi le pronostic de l'albuminurie chez la femme enceinte, quoique assez variable, sera-t-il, en général, beaucoup moins grave qu'on ne le pense généralement.

Les détails dans lesquels je vais entrer maintenant m'ont paru indispensables pour permettre de juger la valeur des résultats obtenus dans ces recherches; en effet, il peut se glisser de nombreuses causes d'erreur : il était donc nécessaire, afin d'apporter la conviction dans les esprits rigoureux, de les signaler toutes et d'indiquer comment on peut les éviter. Voyons d'abord comment on doit recueillir l'urine.

Quand on veut voir si l'urine d'une femme, mais surtout d'une femme enceinte, en couches ou en travail, contient de l'albumine, il est *indispensable* d'extraire l'urine qu'on veut examiner directement de la vessie au moyen de la sonde; sans cette précaution, les résultats obtenus n'ont aucune valeur. Chacun le comprend sans difficulté quand il songe à la fréquence de la leucorrhée pendant la grossesse, et au mélange inévitable de son produit avec le liquide urinaire. Pendant le travail de l'accouchement, outre le fluide leucorrhéique, il peut se mêler à l'urine de l'eau de l'amnios ou du sang; pendant

les couches, les lochies viennent à leur tour altérer l'aspect et la composition de l'urine.

Chez les femmes enceintes soumises à mon examen, j'ai étudié les urines en expérience par trois moyens principaux : la chaleur, l'acide nitrique et le microscope. Je reviendrai tout à l'heure sur chacun d'eux. Je dois ajouter que toujours j'ai noté l'acidité ou l'alcalinité du liquide ; grâce à ces soins je n'ai jamais gardé le moindre doute sur la nature albumineuse du précipité que j'ai obtenu. Je n'ai pas rencontré une seule fois des urines en même temps alcalines et albumineuses.

Chaleur. — La chaleur est, sans contredit, l'un des réactifs les meilleurs et des plus commodes pour découvrir l'albumine dans l'urine. Il faut, en général, élever cette température jusqu'à l'ébullition, et dans quelques cas, il peut être utile de la prolonger au moyen de capsules. Fort heureusement, chez la femme enceinte, la quantité d'albumine est le plus souvent assez considérable pour que cette précaution soit inutile. Lorsqu'une urine filtrée, si elle est trouble, acidulée, si elle est alcaline, est soumise à l'action de la chaleur, et qu'elle perd sa transparence ou donne un coagulum insoluble dans l'acide nitrique, on peut conclure qu'elle contient de l'albumine. Cette dernière proposition n'est cependant pas vraie d'une manière absolue, car des expériences de MM. Rayer et Guibourt, il résulte que l'acide nitrique, en très-petite quantité, l'acide acétique, l'acide phosphorique, enlèvent à l'albumine la propriété d'être coagulée par la chaleur ; or, comme il serait possible qu'une urine contînt à la fois de l'albumine et un peu d'acide phosphorique libre, il en résulte que, dans ce cas, la chaleur serait impropre à démontrer la présence de l'albumine ; mais alors il suffit d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique pour que la précipitation ait lieu à chaud comme à froid.

Il est donc nécessaire de toujours essayer les urines à la fois par la chaleur et par l'acide nitrique ; enfin la certitude sera complète si l'on contrôle ces deux réactifs par l'examen microscopique du précipité obtenu : c'est ce que nous avons toujours fait.

Je signalerai encore une cause d'erreur qui tient à ce que les urines albumineuses des femmes enceintes contiennent, en général, beaucoup de sel et surtout d'urates, contrairement à ce qu'on observe dans la néphrite albumineuse chronique développée dans d'autres conditions.

Lorsque des urines contenant beaucoup d'urates sont abandonnées à elles-mêmes, à la température ambiante, elles ne tardent pas à se troubler et à laisser déposer une partie des sels qu'elles contiennent. Exposées à la chaleur d'une lampe à alcool, elles s'éclaircissent immédiatement; traitées par l'acide nitrique en excès, elles s'éclaircissent encore notablement, même lorsqu'elles contiennent de l'albumine; mais si on élève la température jusqu'à l'ébullition, on les voit de nouveau cesser d'être transparentes, et le précipité albumineux se former. Il est donc très-important de continuer à élever la température jusqu'à ce degré, eût-on observé auparavant que les urines en expérience deviennent plus claires par la chaleur. D'ailleurs, avec un peu d'habitude, on pourra distinguer, même à l'œil nu, d'une manière presque certaine, le précipité formé par les urates de celui qui est dû à la coagulation de l'albumine: le premier est grenu, pulvérulent; le second est floconneux.

Acide nitrique. — L'acide nitrique, versé dans une urine albumineuse, la trouble plus ou moins et en précipite des flocons d'un blanc laiteux ou d'un gris jaunâtre ou blanchâtre qui, après avoir été lavés, se dissolvent dens la potasse caustique, et ne peuvent être précipités de cette dissolution que par l'acide acétique.

Le précipité déterminé par l'acide nitrique, dans quelques urines, peut être formé d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque; quand cet acide ou ce sel existent abondamment dans l'urine comme dans la plupart des cas d'albuminurie chez les femmes enceintes, alors l'urate d'ammoniaque peut être redissous par un axcès d'acide nitrique; mais l'acide nitrique ne se redissout pas (à moins d'un grand

excès d'acide nitrique), et il reste déposé sur les parois du tube. Il faut donc se garder de considérer comme albumineux tous les précipités qu'on obtient en versant de l'acide nitrique dans l'urine ; cette cause d'erreur possible nous prouve une fois de plus la nécessité de l'examen microscopique.

Le précipité produit dans certaines urines par l'acide nitrique est quelquefois composé d'albumine, d'urate d'ammoniaque et d'acide urique. Pour distinguer ces précipités complexes des précipités simples d'albumine, il suffit de les examiner au microscope : l'albumine coagulée a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière; l'acide urique ou l'urate d'ammoniaque sont indiqués, le premier, par les cristaux d'acide urique; le second, par une poudre amorphe, bientôt remplacée par des cristaux d'acide urique, lorsque l'action de l'acide nitrique sur l'urate d'ammoniaque est complètement opérée.

C'est cette nature complexe de certains précipités obtenus dans l'urine au moyen de l'acide nutrique qui a fait croire, à tort, à quelques personnes, que l'albumine contenu dans l'urine se dissolvait dans un excès d'acide nitrique. L'urate d'ammoniaque se dissout seul, et c'est à cause de la dissolution de ce seul corps qu'est due la diminution de volume du précipité d'abord obtenu. Le même phénomène a lieu dans les urines albumineuses pour d'autres urates.

Aspect.— *Examen au microscope.* Les urines albumineuses peuvent avoir à l'œil nu différents aspects ; sans insister sur ce point, je dirai qu'elles peuvent être :

1° *Sanguinolentes.* Alors que le sérum du sang a passé avec la matière colorante.

2° *D'un aspect ordinaire.* Quand le sérum est passé seul.

3° *Purulentes.* D'aspect varié, suivant la proportion de pus.

Quelquefois elles paraissent purulentes et cependant elles ne contiennent pas un seul globule de pus. Dans ces cas exceptionnels, cet

aspect est dû à la présence, dans leur intérieur, d'une très-grande quantité de cellules épithéliales, provenant des surfaces muqueuses des voies urinaires, ce qu'on reconnaît très-facilement à l'aide du microscope.

4° *Muqueuses.* Elles renferment alors des nuages augmentant par le refroidissement, et allant se déposer au fond du vase.

Il est presque inutile d'ajouter, à propos de l'aspect, que les urines albumineuses, au moment de leur émission, ou quand on les agite, sont très-mousseuses.

Quand on examine au microscope des parties troubles des urines albumineuses, on aperçoit des lamelles d'apparence membraneuse, de dimensions variables, de forme irrégulière, quelquefois festonnées à leur circonférence.

Leur couleur est quelquefois blanchâtre, mais plus souvent jaunâtre ou légèrement dorée, ce qui tient peut-être à des dépôts salins formés à leur surface, qui est grenue, aréolaire, ponctuée, demi-transparente. La transparence n'est pas la même sur tous les points : presque complète sur quelques uns, surtout vers la circonférence; sur d'autres elle est remplacée par une opacité presque entière. Les derniers points sont très-grenus, multi-ponctués, et forment des espèces d'ilots.

Les urines albumineuses d'une teinte légèrement rougeâtre contiennent souvent des globules sanguins, le microscope seul peut les reconnaître. Il arrive quelquefois que ces globules, ainsi que ceux du mucus, sont si nombreux, que l'inspection microscopique, employée comme moyen unique, conduirait à penser que ces urines sont de nature sanguinolente et parulente. D'un autre côté, les réactifs ordinaires de l'albumine (acide nitrique, chaleur) n'indiqueraient pas la présence des globules sanguins, des globules purulents, et la connaissance de l'urine serait incomplète, d'où la nécessité de faire marcher constamment de front l'inspection microscopique et les réactifs.

Au lieu d'examiner au microscope le précipité albumineux, préalablement obtenu par l'acide nitrique ou la chaleur, on peut mettre sur une lame de verre une goutte d'urine, la recouvrir d'une petite lamelle, et laisser tomber à côté de la lamelle une gouttelette d'acide nitrique ; l'urine devient immédiatement opaque et d'un blanc laiteux, et on voit se former le coagulum albumineux, qu'on reconnaît aux caractères indiqués plus haut ; si les urines sont rougeâtres et contiennent des globules sanguins, on les retrouve enchevêtrés au milieu des lamelles albumineuses.

PROPORTION DE L'ALBUMINE.

Toutes les urines albumineuses ne renferment pas la même proportion d'albumine, et comme la quantité plus ou moins grande de ce corps dans l'urine peut avoir de l'influence sur le pronostic, il était nécessaire de déterminer cette proportion. Pour que les résultats fussent comparables, j'ai rendu semblables, autant que possible, les conditions dans lesquelles l'examen était fait. Trois choses principales peuvent, la quantité d'albumine étant la même, changer le résultat apparent, et faire croire à des différences, savoir :

1° La forme du vase dans lequel on fait l'expérience;

2° Le temps pendant lequel on laisse reposer l'urine expérimentée;

3° Le mélange du précipité albumineux avec un précipité *a*. urique d'acide, *b*. d'urate d'ammoniaque, *c*. de mucus.

Pour éviter la première cause d'erreur, je me suis toujours servi de tubes en verre, de même calibre et de même forme.

Pour me mettre à l'abri de la seconde, j'ai fixé la quantité d'albumine, toujours après avoir laissé reposer l'urine pendant une heure.

Quant à la troisième, j'ai dit plus haut par quels moyens on peut distinguer ces précipités complexes; je n'y reviendrai pas.

Je dois ajouter, pour donner plus d'autorité aux faits rapportés

à l'appui de ce travail, que les pièces d'anatomie pathologique ont été vues par mes chefs de service et par M. Rayer, le jour de l'autopsie, alors qu'elles n'était nullement altérées. Qu'ils reçoivent ici mes remercîments sincères; grâce à leur grande expérience, j'ai pu prendre un langage affirmatif dans des cas où seul je serais peut-être resté dans un doute réservé.

Si je suis entré dans tous ces détails, c'est afin d'éviter de nombreuses répétitions dans le cours de mes observations. Maintenant, à propos de chacune d'elles, il suffira d'énoncer les résultats; il sera sous-entendu qu'ils ont été obtenus à l'aide de tous les moyens ci-dessus indiqués et avec toutes les précautions que j'ai signalées. Elles sont presque toutes empruntées à l'ouvrage de M. Rayer sur les maladies des reins.

CAUSES.

L'albuminurie chez la femme enceinte peut tenir à un grand nombre de causes bien différentes; l'une des plus fréquentes est, sans contredit, la congestion des reins, cette congestion pouvant d'ailleurs être active ou passive, comme nous le verrons tout à l'heure. Après la congestion rénale, nous signalerons l'irritation nerveuse sympathique des reins, les diverses maladies des voies urinaires, et en particulier la néphrite albumineuse à tous ses degrés; enfin toutes les maladies dans lesquelles on a retrouvé l'albumine dans l'urine. Rien, en effet, ne met la femme enceinte à l'abri de ces maladies, qui peuvent se compliquer accidentellement d'albuminurie. Telles sont certaines inflammations de la vessie, des uretères, des calices du bassinet, la scarlatine hémorrhagique, le purpura hémorrhagique, le choléra, etc. etc.

Revenons sur quelques-unes de ces causes.

1° *Congestion active.* Chacun sait combien est grand, pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, l'afflux sanguin vers

les organes génito-urinaires, c'est un fait trop bien démontré pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Comme nous le verrons plus tard à propos de la congestion passive ou mécanique, cet état hyperémique des reins peut donner lieu à une anomalie de sécrétion. Je suis d'autant plus porté à admettre cette cause d'albuminurie chez la femme enceinte, et même à la regarder comme une des plus fréquentes, que, chez elle, l'urine albumineuse se présente avec les caractères qu'on lui retrouve dans quelques maladies accompagnées accidentellement d'albuminurie, c'est-à-dire qu'avec l'albumine elles offrent, en général, une plus grande pesanteur spécifique, un excès d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque, et très-souvent une couleur rouge, due à la présence de globules sanguins. Or, dans ces maladies, ces caractères ne pouvaient être rapportés à autre chose qu'à une congestion active de la vessie, des uretères et des reins, comme l'ont démontré les autopsies.

2° *Congestion passive.* La congestion passive ou mécanique existe naturellement bien souvent chez la femme enceinte ou en travail, et cela pour plusieurs raisons; les principales se trouvent dans : 1° la gêne apportée à la circulation en retour par le développement du globe utérin; 2° les efforts auxquels se livre la femme pendant le travail de l'accouchement. Quant à l'influence de cette congestion passive sur l'albuminurie, elle a été parfaitement démontrée par un auteur anglais, M. Robinson (*An inquiry into the nature and pathology of granular disease of the kydney, and its mode of action in producing albuminous urine*). Du reste, les preuves directes ne manquent pas; je citerai surtout l'albuminurie constante et passagère dans les attaques du choléra avec cyanose.

b. L'observation communiquée par notre collègue M. Bouchut à la Société de biologie. Il s'agit, en effet, dans cette observation, d'une albuminurie passagère chez un malade atteint d'une maladie organique du cœur, dans le cours de laquelle était survenue une in-

filtration séreuse de toute la surface du corps, qui était d'une couleur généralement rougeâtre et vivement congestionnée. Une saignée de 300 grammes dissipa les signes de cette hyperémie générale, et depuis sa disparition les urines cessèrent d'être albumineuses.

c. Enfin l'observation 28 de ce mémoire, dans laquelle une femme en couches albuminurique présenta à l'autopsie une oblitération des veines rénales par des caillots anciens.

On peut ajouter à cette observation celle de M. Delarue (*Bulletin de la Société anatomique,* 1845), qui offre les mêmes particularités.

Dans cet état de congestion passive des reins, il peut arriver deux choses : ou le sérum du sang passe avec la matière colorante, alors les urines sont rouges, ou bien le sérum passe seul; les urines ne changent pas de couleur, elles sont même quelquefois plus claires. Chez les femmes enceintes, on observe plus souvent la première condition que la seconde.

3° *Irritation nerveuse.* Une plus grande quantité d'influx nerveux ou une certaine perturbation apportée dans son action me paraît pouvoir troubler aussi la sécrétion rénale. Or, nous savons les relations nerveuses qui unissent l'utérus et les reins. Sans vouloir me rendre garant de l'influence de cette dernière cause, il me semble qu'on peut bien, sans trop de difficulté, l'admettre au moins comme probable, quand on voit, d'un autre côté, l'irritation pure et simple du nerf pneumogastrique rendre momentanément diabétiques, d'autres fois albuminuriques, les animaux chez lesquels on provoque cette irritation (*Expériences récentes de M. Cl. Bernard, faites devant nous à la Société de biologie, exposées à l'Académie des sciences*).

D'ailleurs comment expliquer l'albuminurie chez les femmes qui font le sujet des observ. 15, 16, 26, à l'autopsie desquelles les voies urinaires n'ont offert aucune lésion matérielle appréciable?

4° *Maladies diverses des voies urinaires.* Suivant M. Rayer (*Ma-*

ladies des reins, t. 1, p. 162), la grossesse est une cause assez fréquente de maladies des voies urinaires, à la suite desquelles l'albumine peut passer dans l'urine.

Malgré tout le respect que je professe pour les opinions de notre savant maître et la tendance toute naturelle que j'aurais à les adopter, je ne saurais, dans cette circonstance ; admettre entièrement son avis, car je crains qu'il n'ait conclu trop facilement de l'albuminurie seule à une maladie des voies urinaires. Ce qui m'autorise à avoir cette crainte, c'est que la proposition ci-dessus rapportée n'est appuyée d'aucune observation accompagnée de l'examen nécroptique. D'ailleurs nous rapportons ici l'histoire de faits accompagnés d'autopsie qui prouvent, de l'aveu même de M. Rayer, que les voies urinaires n'étaient nullement malades. Enfin, en admettant cette proposition comme démontrée, il resterait une chose bien singulière, bien difficile à expliquer, l'influence si marquée de la primiparité sur l'albuminurie. La première grossesse seule aurait donc le fâcheux privilége de causer des maladies des voies urinaires.

L'existence d'une altération matérielle, appréciable, des voies urinaires, dans l'albuminurie des femmes enceintes, me paraît être très-exceptionnelle, à en juger par la marche de ce symptôme, par la rapidité avec laquelle il disparaît chez la plupart des femmes en couches.

5° *Néphrite albumineuse*. Cette cause de l'albuminurie chez la femme enceinte est rare, très-rare ; tout le prouve : 1° la rapidité avec laquelle, chez la plupart des femmes, l'albumine disparaît des urines (très-souvent deux à trois heures, au plus trois jours, quelquefois une heure seulement après l'accouchement) ; 2° l'absence accoutumée des autres signes de la néphrite albumineuse ; 3° quelques caractères opposés, tels que l'augmentation de la densité des urines et la proportion plus considérable des sels qu'elle renferme,

surtout des urates; 4° enfin l'examen direct, nécroptique, des organes sécréteurs de l'urine.

En effet, sur 41 femmes albuminuriques qu'il nous a été donné d'observer, 7 sont mortes en couches, 6 ont été autopsiées; parmi ces dernières, 3 seulement ont offert une altération notable des reins pouvant se rapporter à la néphrite albumineuse. Encore faut-il remarquer que cette altération n'avait pas dépassé le troisième degré de M. Rayer, c'est-à-dire qu'aucune n'offrait le caractère pathognomonique de la néphrite albumineuse, de la maladie de Bright, à savoir, les granulations blanches analogues à des grains de semoule.

Avant de quitter le chapitre des causes, il faut en signaler une qui nous paraît agir comme prédisposante, la primiparité. Sur les 205 femmes enceintes dont j'ai indistinctement examiné l'urine, 99 étaient primipares, 106 étaient multipares. Sur ce nombre total de 205, 41 ont présenté de l'albumine; or, parmi ces 41, 30 étaient primipares, 11 seulement étaient déjà mères.

Cette influence de la primiparité sur l'albuminurie est certainement un fait bien singulier, difficile à comprendre; quoi qu'il en soit et quelle que puisse être son interprétation, le fait n'en existe pas moins, il est incontestable.

La multiplicité et la nature des causes énumérées plus haut expliquent assez bien la fréquence si grande de l'albuminurie chez les femmes enceintes et en travail, 41 sur 205 $^1/_5$. La fréquence plus grande des plus passagères de ces causes nous fait d'ailleurs comprendre par avance le peu de gravité que nous donnerons au pronostic de l'albuminurie chez la femme enceinte, dans la plupart des cas, opinion très-différente de celle qui a généralement cours aujourd'hui dans la science.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Elle n'a pu être faite que dans les cas, heureusement assez rares, dans lesquels une complication grave a fait succomber les malades. Par elle-même, en effet, l'albuminurie des femmes enceintes ne conduit presque jamais à la mort. Cela se comprend facilement quand on se rappelle qu'elle reconnaît le plus souvent pour cause une simple congestion rénale.

Sur 6 autopsies que j'ai pu faire, j'ai trouvé 3 fois les reins dans leur état normal ; aucune lésion appréciable ne pouvait y être remarquée ; peut-être une congestion sanguine avait-elle existé, cela est même probable ; mais au moment de l'examen cadavérique, on ne retrouvait plus rien d'anormal (observ. 15, 16, 26). Dans les 3 autres cas, j'ai rencontré dans les reins les altérations de la maladie de Bright parvenue au troisième degré de M. Rayer, c'est-à-dire volume et poids des reins à peu près normaux ou un peu augmentés ; teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, de la substance corticale à la surface extérieure aussi bien qu'à la coupe ; légère hypertrophie de cette substance corticale, surtout entre les cônes de substance tubuleuse, qui est comme comprimée ; légère injection de la membrane muqueuse des calices et du bassinet ; adhérence anormale de la membrane fibreuse à la substance corticale, dont on enlève une couche plus ou moins épaisse quand on dépouille le rein de cette enveloppe fibreuse. Dans aucun cas, je n'ai trouvé les altérations caractéristiques du quatrième degré de la maladie de Bright, à savoir les granulations d'un blanc laiteux en forme de grains de semoule ou de têtes d'épingle (observ. 9, 19, 21).

A propos de l'anatomie pathologique, je rappellerai une lésion que j'ai rencontrée deux fois, c'est une hémorrhagie ; l'une s'est offerte, chez la femme Galien (observ. 21), dans les méninges cérébrales, au-dessous de la partie droite de la tête et du cervelet ; dans

la cavité de l'arachnoïde, il existait un caillot de 4 centimètres de long sur 1 de large, et 4 à 5 millim. d'épaisseur ; l'autre s'était fait dans le parenchyme du foie sous forme de points très-rapprochés.

Enfin on peut trouver chez les femmes albuminuriques les lésions de toutes les complications qui peuvent exister ; ce n'est pas le lieu de s'en occuper ; je noterai seulement, en terminant, l'épanchement assez fréquent de sérosité dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses.

SIGNE ET SYMPTOMES CONCOMITANTS.

Dans beaucoup de circonstances, il n'en existe qu'un seul, la présence de l'albumine dans l'urine. Ce liquide plus ou moins abondant est presque toujours acide, je l'ai trouvé ainsi chez toutes les femmes albuminuriques que j'ai observées ; l'acidité est plus ou moins intense, assez souvent la couleur est modifiée, elle est souvent rouge, à peu près dans les deux tiers des cas ; quelquefois complétement incolore. Dans beaucoup de cas, l'urine est trouble, à cause de la grande quantité de sels qu'elle contient et surtout d'urate d'ammoniaque. Il m'est arrivé assez fréquemment d'y trouver des globules de sang, les uns parfaitement nets, les autres plus ou moins altérés dans leur forme ; la quantité de ces globules est très-variable. A ce signe, qui est le seul pathognomonique, se joignent quelques symptômes concomitants extrêmement variables et très-inconstants ; nous allons les passer en revue en appréciant la valeur de chacun d'eux.

Hydropisie.— L'hydropisie partielle ou générale, siégeant dans le tissu cellulaire seulement ou bien aussi dans les cavités séreuses, est un symptôme beaucoup moins important qu'on ne l'a dit ; il peut, en effet, manquer complétement, quoiqu'il existe une albumine abondante, il peut se montrer chez des femmes dont l'urine ne contient pas un nuage d'albumine. Chez un grand nombre de nos femmes albuminuriques, il n'y avait pas la moindre hydropisie, le

moindre œdème. Sur les trois femmes qui succombèrent et chez lesquelles nous trouvâmes, à l'autopsie, les lésions caractérisant le troisième degré de la maladie de Bright (Rayer), une n'était nullement infiltrée, deux avaient de l'œdème, qui chez l'une d'elles était général, et constituait un véritable anasarque.

L'époque d'apparition de l'œdème varie depuis quatre jours avant l'accouchement (20e observation), jusqu'à trois mois avant ce moment (11e, 23e observ.); le plus souvent, c'est dans les trois ou quatre dernières semaines qu'elle commence à se montrer (6e, 19e, 21e, 23, 24e, 25e observ.). On peut dire d'une manière générale, qu'il ne survient que quand l'albumine existe dans l'urine déjà depuis un certain temps, alors qu'une diminution notable s'est faite dans la proportion de ce principe du sérum du sang. Si cette règle semble souffrir de nombreuses exceptions chez la femme enceinte, c'est que l'œdème, dans cette circonstance, peut dépendre d'autres causes que de l'appauvrissement du sang; la plus fréquente est, sans contredit, la gêne mécanique qu'apporte à la circulation en retour le globe utérin développé par un produit de conception. Il se pourrait aussi que cet œdème fût le résultat d'une maladie du foie ou du cœur; d'ailleurs, à part toutes ces causes, la constitution des solides peut avoir de l'influence sur la facilité avec laquelle apparaît l'œdème, d'où de nombreuses variétés individuelles. A partir du moment où il apparaît, l'œdème suit ordinairement une marche régulière, continue; telle n'est pas, d'ordinaire, la marche de celui qui dépend d'une maladie de Bright.

Après l'accouchement, cet œdème, même quand il est général et constitue l'anasarque, disparaît avec une très-grande rapidité, quelquefois le lendemain de l'accouchement (25e observ.), souvent du deuxième au quatrième jour (observ. 6, 7, 8, 13, 22); je ne l'ai pas vu persister au delà du dixième jour (11e observ.). Dans ce cas, il datait de trois mois et était général. Chez une autre malade chez laquelle il était aussi ancien (23e observ.), il disparut en six jours.

Douleurs lombaires. — Je n'ai rencontré ces douleurs que dans un très-petit nombre de cas d'albuminurie soumis à mon observation ; il n'existait pas même chez les trois malades qui m'ont offert à l'autopsie les lésions du troisième degré (Rayer) de la maladie de Bright. On a, suivant moi, et surtout M. Cahen, attaché trop d'importance à ce symptôme, même chez les albuminuriques autres que les femmes enceintes ; la plupart du temps, les malades ne s'en plaignent pas, il faut attirer leur attention de ce côté pour le constater; ce symptôme n'a donc pas une grande valeur, surtout chez les femmes enceintes, qui éprouvent des douleurs lombaires dans un si grand nombre de circonstances, indépendamment de toute affection des reins.

Le plus souvent, l'albuminurie chez les femmes enceintes n'est accompagnée d'aucune réaction générale, tout se passe à froid, l'appétit est conservé, la soif ordinaire, il n'y a pas de fièvre, les fonctions circulatoires et respiratoires s'exécutent avec la même régularité que chez les femmes enceintes qui ne pissent pas d'albumine. Et ce phénomène passerait, la plupart du temps, inaperçu, si l'on ne s'imposait l'obligation d'examiner indistinctement les urines de toutes les femmes qui viennent accoucher ; c'est précisement ce que j'ai fait.

MARCHE.

Le plus ordinairement, l'albuminurie des femmes enceines a une marche extrêmement rapide ; souvent elle est plus qu'éphémère, on la voit paraître au moment de l'accouchement pour cesser quelques instants après.

Elle peut cependant avoir une marche aiguë, très-rarement chronique; c'est dans les cas où elle est liée à une néphrite albumineuse aiguë ou chronique.

Souvent peu abondante avant l'accouchement, elle augmente pendant le travail; il est, en effet, assez fréquent de voir l'urine retirée de la vessie immédiatement après l'accouchement, c'est-à-dire

celle qui a été sécrétée pendant le travail, plus riche en albumine que celle qu'on s'était procurée avant le début du travail; puis à partir de la délivrance, cette quantité diminue rapidement pour disparaître *complétement*, dans le plus grand nombre des cas, et cela en fort peu de temps, plusieurs fois en une heure. C'est ce qui a fait dire à M. Cahen (thèse sur la *néphrite albumineuse des femmes enceintes*) que l'expulsion du fœtus entraîne souvent la guérison de la néphrite albumineuse. Les résultats que signale cet auteur sont exacts; mais il a confondu, là comme dans beaucoup d'autres parties de son travail, la néphrite albumineuse avec l'albuminurie. Or, nous avons suffisamment fait voir combien il est important de les distinguer; ce qui est vrai pour l'albuminurie cesse de l'être quand on l'applique à la néphrite albumineuse. D'ailleurs, à cet argument, j'ajouterai l'autorité brutale des faits, et il me suffira, pour annihiler complétement l'opinion de M. Cahen, de rappeler que l'autopsie, quand elle a été faite, a prouvé matériellement la non-existence de la néphrite albumineuse (observ. 15, 16, 26).

Quelle est la cause de cette disparition si rapide de l'albumine dans la très-grande majorité des cas? Nous pouvons, je crois, la comprendre par la suppression brusque, instantanée, des causes énumérées plus haut : gêne mécanique à la circulation en retour, congestion active des reins, irritation nerveuse sympathique des plexus rénaux, et aussi peut-être par quelques autres raisons un peu plus problématiques, telles que l'émission sanguine abondante produite par l'accouchement, l'écoulement lochial, enfin le développement de la sécrétion laiteuse, pour laquelle les éléments protéiques du sang, sont transportés vers les glandes mammaires, et par conséquent soustraits au fluide sanguin qui va passer par les reins. C'est avec la plus grande réserve que je propose cette explication; quoi qu'il en soit des interprétations, le fait est réel, et ce que nous savons sur la marche des inflammation des autres organes parenchymateux, même dans le plus grand état d'acuité, ne nous permet pas d'admettre, dans le plus grand nombre de cas, l'existence d'une véritable néphrite.

L'époque précise où commence le passage de l'albumine dans l'urine n'a pu être déterminée par moi, à cause d'impossibilité matérielle, la plupart des femmes enceintes qui font le sujet de mes recherches s'étant présentées à la Maternité seulement au moment du travail. C'est une lacune que je me propose de combler plus tard.

Un fait que j'ai noté dans un grand nombre de cas est la décoloration complète de l'urine; son aspect analogue à celui de l'eau claire, chez les femmes infiltrées, alors que l'infiltration est en voie de résolution ; sur ce point encore, mes investigations n'ont pas été poussées aussi loin que je l'aurais désiré, des obstacles matériels, dépendant de l'arrangement du service ne me l'ont pas permis; j'aurais voulu, par l'analyse chimique, rechercher si, dans cette période, la quantité d'eau devient plus considérable; cela est bien probable, mais ce n'est pas prouvé ! Il serait bon également de voir si les sels s'y trouvent alors en moindre quantité, je m'en suis assuré chez un certain nombre de femmes.

Un examen intéressant aussi consisterait à tenir un compte exact de la quantité absolue d'urine rendue en vingt-quatre heures, alors que l'infiltration disparaît, afin de voir si ce n'est pas par les reins qu'est éliminée la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire, reprise par l'absorption devenue plus active (grâce à la soustraction de la gêne mécanique que subissait la circulation veineuse et à la déplétion sanguine résultant de l'accouchement.)

DURÉE.

Ce que j'ai dit à propos de la marche me dispense d'entrer ici dans de grands détails ; il suffira de noter que, chez les femmes enceintes, la durée de l'albuminurie est en général très-courte, si du moins on la considère à partir du moment de l'accouchement. Pour la détermination de la durée totale de ce passage de l'albumine dans l'urine, il aurait nécessairement fallu connaître l'époque d'apparition

de ce phénomène ; or, ce point de départ m'a manqué. Je puis dire cependant que l'examen de l'urine d'un assez bon nombre de femmes arrivées à une époque encore peu avancée de la grossesse m'a rarement fait trouver de l'albumine ; il est donc probable que, le plus souvent, l'albuminurie ne survient que dans les derniers temps de la grossesse ; pour un certain nombre de femmes, peut-être même seulement au début du travail. Ce qui corrobore ces inductions, c'est, d'une part, la rapidité avec laquelle elle disparaît après l'accouchement ; de l'autre, le résultat des autopsies des femmes albuminuriques chez lesquelles M. Rayer lui-même n'a pu constater aucune lésion appréciable des reins. Je comprends en effet difficilement une lésion fonctionnelle de longue durée qui n'amène pas bientôt une lésion matérielle, organique, plus ou moins profonde.

Au reste, quand on se rappelle toutes les causes qui peuvent, chez la femme enceinte, produire l'albuminurie, on comprend sur-le-champ combien sa durée doit être variable. Il est bien certain, en effet, qu'une albuminurie reconnaissant pour cause une néphrite albumineuse durera plus longtemps que celle qui dépend d'une lésion purement fonctionnelle ; on conçoit de même qu'elle pourra durer indéfiniment, s'il existe comme point de départ une néphrite albumineuse chronique, ou une maladie chronique quelconque des voies urinaires. Or, la femme enceinte n'est pas plus que d'autres à l'abri de ces affections. Fort heureusement, il faut le dire, ces circonstances sont rares, très-rares ; car sur les 205 femmes que nous avons étudiées sous ce rapport, pas une seule ne nous a offert un exemple de ces lésions profondes et anciennes. Au reste, le tableau suivant donnera une idée approximative de la fréquence des cas dans lesquels la logique nous porte à n'admettre qu'une lésion purement fonctionnelle.

TABLEAU indiquant la quantité d'albumine au moment de l'accouchement, et l'époque de sa disparition complète.

NOMS.	PROPORTION au moment de L'ACCOUCHEM.	ÉPOQUE DE DISPARITION COMPLÈTE.	NOMS.	PROPORTION au moment de L'ACCOUCHEM.	ÉPOQUE DE DISPARITION COMPLÈTE.
Dardard. . . .	6/7	14 hres ap. l'acct.	Gallien. . . .	1/3	3 hres ap. l'acct.
Paillet.	1/12	2 — —	Renault. . . .	1/3	8 — —
Lapaire. . . .	1/3	2 — —	Hénin. . , . .	1/3	80 — —
Courtat. . . .	1/3	30 — —	Lanique. . . .	1/6	2 — —
Delangeville..	1/3	24 — —	Godet.	1/5	30 — —
Humbert. . .	19/20	3 jours —	Thomas. . . .	1/6	30 — —
Lamy.	1/6	6 h ap. l'acct.	Nathier. . . .	19/20	40 — —
Chauvelot. . .	1/2	5 — —	Clabérole. . .	1/6	2 — —
Gérard. . . .	3/5	4 jours —	Paillard. . . .	1/12	7 — —
Quenel. . . .	4/5	3 — —	Mégéant. . . .	1/6	2 — —
Vendenberg..	5/6	2 — —	Jubac.	1/5	5 — —
Legendre. . .	19/20	8 hesr ap. l'acct.	Decroix. . . .	1/8	1 — —
Brielle.	1/4	42 — —	Varisse. . . .	1/10	2 — —
Clément. . . .	19/20	4 — —	Hébert.	1/13	1 hre 1/2 —
Guichard. . .	1/3	2 jours —	Rémy.	1/12	1 hre —
Simon.	3/4	12 hres ap. l'acct.	Petit.	2/3	9 — —
Dorézy. . . .	19/20	75 — —	Gefray.	1/4	1 — —
Meunier. . . .	1/15	4 — —	Rousse.	1/5	15 — —
Sybille	2/3	15 — —	Suisse.	1/20	16 — —
Rebores. . . .	19/20	3 jours —	Baudard. . . .	1/20	3 — —

TERMINAISONS.

L'albuminurie des femmes enceintes peut se terminer par :

A. Le retour plus ou moins rapide de la sécrétion urinaire à l'état normal.

B. Le passage à l'état chronique.

C. La mort, et alors tantôt par :

a. Ses complications ou ses conséquences, et en particulier par l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

b. Les progrès de la maladie qui lui a donné naissance.

Hâtons-nous de le dire, le premier des modes de terminaison que nous venons de signaler est fort heureusement de beaucoup le plus ordinaire. Il est tellement fréquent qu'il constitue la règle; les autres, de très-rares exceptions. Nous n'avons pas observé un seul exemple du passage à l'état chronique. Quant à la mort, elle survient rarement, car les femmes albuminuriques ne sont pas, plus que les autres, prédisposées aux complications ou aux conséquences qui peuvent les faire succomber, si ce n'est aux hémorrhagies après l'accouchement.

DIAGNOSTIC.

Comme celui de l'ascite, il comprend trois points :

A. Reconnaître l'albuminurie;

B. La distinguer des maladies qui ont quelque ressemblance avec elle.

C. Déterminer la cause qui l'a produite.

La première partie du problème est, en général, facile à résoudre, elle exige cependant certaines précautions; je les ai indiquées, je n'y reviendrai pas.

La seconde présente un peu plus de difficulté, surtout quand il s'agit de distinguer l'albuminurie pure et simple de la néphrite al-

bumineuse. En effet, du parallèle le plus attentif des symptômes, de la marche, de la durée, etc., de l'albuminurie chez la femme enceinte, avec les mêmes parties de l'histoire de la maladie de Bright, surtout à l'état aigu, il résulte ceci : que le diagnostic entre ces deux états pathologiques n'est guère possible à établir d'après le seul rapprochement, la seule comparaison des signes que nos sens peuvent apprécier. Le raisonnement, appuyé sur ce que nous savons de la maladie de Bright, la manière dont elle survient et se comporte, une fois qu'elle est établie, semble devoir nous fournir des éléments de diagnostic beaucoup plus utiles, et nous conduire d'une manière bien plus certaine à la solution de cette dernière partie du problème. Usons donc de ce moyen de diagnostic, et voyons si la raison nous porte à croire à l'existence d'une maladie de Bright chez la plupart des femmes enceintes albuminuriques.

D'abord, ce que nous avons dit, en parlant des causes de l'albuminurie, nous prouve bien que l'albumine peut passer dans l'urine, sans que pour cela il existe dans les reins une lésion matérielle appréciable. Nous n'y reviendrons pas; nous rappellerons seulement que l'albuminurie se rencontre dans un assez grand nombre de circonstances où l'autopsie a démontré qu'il n'existait pas de néphrite albumineuse (maladies du cœur, du foie, du cerveau; choléra, hystérie, épilepsie, quelques maladies des organes excréteurs de l'urine, etc. etc.). En second lieu, ce qui, suivant moi, semble prouver encore que l'albuminurie des femmes enceintes n'est pas, à beaucoup près, toujours liée à une maladie de Bright, c'est que, d'une part, il est d'observation qu'un individu, une fois atteint d'une maladie de Bright, est on ne plus disposé à contracter de nouveau cette affection, et que d'autre part, on reconnaît aussi la fréquence plus grande de cette affection chez l'homme que chez la femme. Or, tout le contraire devrait avoir lieu, puisque la femme seule a le triste privilége de devenir grosse, et qu'il est si fréquent de rencontrer l'albuminurie chez les femmes enceintes (41 fois sur 205).

D'ailleurs, quand on se rappelle avec quelle facilité la maladie de

Bright récidive, on ne peut comprendre la rareté de l'albuminurie chez les femmes déjà mères, si l'on n'a pas oublié sa fréquence chez les primipares. Si, chez ces dernières, l'albuminurie devait être rapportée, dans la plupart des cas, à une maladie de Bright, cette affection, et par conséquent son symptôme principal, l'albuminurie, devrait se montrer souvent aussi chez les femmes multipares. Or, sur les 205 femmes dont j'ai examiné les urines, 99 étaient primipares, 106 multipares; les multipares étaient par conséquent, un peu plus nombreuses que les primipares, et cependant sur les 41 albuminuriques qui ont offert de l'albumine dans les urines, 30 étaient primipares, 11 seulement multipares.

Enfin l'examen anatomique direct vient s'ajouter à toutes ces données purement rationnelles, purement logiques, pour prouver que, chez les femmes enceintes, l'albuminurie, même très-abondante, peut exister sans qu'il y ait maladie de Bright. Les observations 15, 16, 26, dans lesquelles les reins n'ont offert absolument rien d'anormal, en sont une preuve irrécusable, surtout quand on se rappelle ce que j'ai dit au commencement de ce travail, à savoir, que M. Rayer a lui-même constaté l'état de ces organes, le jour de l'autopsie, alors qu'ils n'avaient subi aucune altération cadavérique. On me pardonnera, j'espère, les détails un peu longs dans lesquels je viens d'entrer, quand on songera combien la solution de cette partie du problème a d'influence sur le pronostic de l'albuminurie chez les femmes enceintes. En effet, l'albuminurie symptomatique d'une maladie de Bright est, comme cette affection, presque toujours mortelle; dans les cas où elle se termine par une guérison apparente, on a presque toujours à redouter des récidives qui font succomber les malades; au contraire, l'albuminurie des femmes enceintes, même quand elle est très-abondante, disparaît presque immédiatement après l'accouchement, pour ne plus se reproduire.

Les deux premières parties du diagnostic étant traitées, il nous reste à exposer la troisième, c'est-à-dire à indiquer les moyens de

déterminer la cause qui a produit l'albuminurie. Il faut bien se souvenir que la cause la plus fréquente est l'hyperémie rénale, qu'après elle vient la néphrite albumineuse; quant aux autres causes, elles sont beaucoup plus rares. L'hyperémie rénale sera soupçonnée par les signes d'hyperémie générale, la couleur rouge des urines, et quelquefois par des douleurs lombaires; mais ce dernier symptôme se rencontre rarement, et d'ailleurs quand il existe, on comprend le peu de valeur qu'il mérite dans l'état de grossesse où on le rencontre si souvent pour des causes si différentes. La néphrite albumineuse, même assez avancée, est très-difficile à distinguer de l'hyperémie pure et simple. Du reste, ce que nous venons de dire à propos de la deuxième partie du diagnostic nous dispense d'entrer à cet égard dans de grands détails. Il ne nous resterait donc à parler que du diagnostic des différents états morbides dans lesquels l'albumine peut passer par les reins. Mais ce serait sortir de notre sujet; cela nous entraînerait beaucoup trop loin.

PRONOSTIC.

Pour établir le pronostic de la manière la plus rationnelle, il faut avoir égard à un assez grand nombre de circonstauces, telles que les causes, les symptômes, la marche, la durée, les complications. On comprend, en effet, facilement, combien la gravité de la maladie sera différente, suivant qu'elle sera produite par une simple hyperémie rénale ou par une néphrite albumineuse, suivant qu'elle durera depuis quelques jours, ou au contraire depuis plusieurs semaines. On saisira mieux encore l'influence de la durée sur le pronostic, quand nous aurons parlé de l'hémorrhagie utérine, comme conséquence de l'albuminurie chez la femme enceinte. Chose remarquable! tous les auteurs qui ont écrit sur la maladie de Bright, s'accordent à dire que le pronostic de cette affection est moins grave chez la femme enceinte que chez toutes les autres personnes; c'est même, suivant eux, la seule circonstance dans laquelle il soit permis d'espérer une gué-

rison durable. A quoi donc peut tenir cette immunité toute exceptionnelle, réservée aux femmes grosses? Je n'hésite pas à le dire, cela tient tout simplement à ce que, dans la plupart des cas, où la maladie de Bright a été admise, elle n'existait pas. On avait conclu à son existence à cause de l'albuminurie qui le plus souvent n'était le résultat que d'une simple hyperémie rénale ou d'une irritation nerveuse sympathique. Qu'on n'oublie donc pas que, chez la femme enceinte surtout, l'albuminurie et la maladie de Bright sont deux choses bieu différentes, qui sont loin d'être toujours liées l'une à l'autre. Mes observations ne laisseront, je l'espère, à cet égard, au-aucune espèce de doute. Cela dit, j'arrive à l'examen des deux dernières parties de ce travail, à savoir, les *rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie, son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement*. Cependant, avant d'aborder ces deux questions importantes, qu'on me permette d'en passer en revue quelques autres qui ne sont pas sans intérêt et rentrent tout naturellement dans l'étude du pronostic de l'affection qui nous occupe. Je veux parler de l'influence que peut avoir l'albuminurie sur :

1° La marche de la grossesse,
2° L'avortement,
3° L'accouchement prématuré,
4° Le développement et la vie du fœtus,
5° La durée du travail,
6° La délivrance,
7° Les suites de couches et la sécrétion laiteuse.

1° Influence de l'albuminurie sur la marche de la grossesse.

Voici comment s'exprime M. Cahen à ce sujet : « Jusqu'à ce jour, il ne m'est jamais arrivé de trouver de l'albumine dans l'urine d'une femme enceinte, plus ou moins atteinte d'anarsaque, dont la grossesse ait suivi une marche régulière. » Il est probable qu'à l'époque à laquelle M. Cahen a écrit ces lignes, il n'avait pas encore vu beau-

coup de femmes enceintes albuminuriques ; ce qui est certain, c'est que l'observation attentive d'un grand nombre de femmes placées dans les conditions qu'il signale ne vient nullement corroborer cette opinion.

Comme nous l'avons dit, en commençant, l'albuminurie ne se manifeste guère que dans les derniers temps de la grossesse ; si par conséquent elle devait exercer une certaine influence sur la marche de ce nouvel état physiologique, cette influence ne se ferait sentir que pendant les trois ou quatre derniers mois de la gestation. Fort heureusement, cette anomalie de sécrétion, la plupart du temps momentanée, n'exerce sur la marche de la grossesse aucune influence. En effet, sur 41 femmes albuminuriques que j'ai pu observer, 34 sont parvenues sans accidents au terme de la gestation, 7 sont accouchées avant terme ; sur ces 7, 1 à quatre mois, d'un enfant mort depuis au moins quinze jours, par conséquent probablement avant que l'albuminurie n'existât ; 1 à six mois, chez laquelle le travail a été excité, mis en jeu par des attaques d'éclampsie ; or nous verrons tout à l'heure la part qu'il me paraît convenable de faire à l'albuminurie comme cause d'éclampsie ; 4 à sept mois sans cause appréciable, ce qui ne veut pas dire que, dans ces quatre cas eux-mêmes, nous soyons autorisés à rapporter l'accouchement prématuré à l'albuminurie. Chez toutes, sans exception, la délivrance a été naturelle.

Aussi les résultats auxquels étaient arrivés M. Rayer et M. Cahen provenaient d'une simple coïncidence ; d'ailleurs, ce dernier auteur n'appuie son opinion que sur deux observations. L'albuminurie ne semble pas avoir une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, même dans les cas rares où elle reconnaît pour cause une néphrite albumineuse ; les observations 9, 19, 21, en sont une preuve certaine. En effet, les trois femmes qui en font le sujet avaient une albuminurie des plus abondantes, causée par une néphrite albumineuse parvenue au troisième degré de M. Rayer, et cependant elles sont toutes trois accouchées à terme.

2° Influence de l'albuminurie sur l'avortement.

Ce qui se trouve dans le chapitre précédent me dispense de revenir sur cette question. Je me contenterai d'ajouter que, d'après mes observations, contrairement à l'opinion de M. Cahen, cette influence paraît nulle.

3° Influence de l'albuminurie sur le développement et la vie du foetus.

L'albuminurie ne paraît pas avoir plus d'influence sur le développement et la vie du fœtus que sur la marche de la grossesse et l'avortement. En effet, sur 41 femmes albuminuriques, 6 seulement ont donné naissance à des enfants morts, et encore sur ces 6 enfants nés morts 2 ont été céphalotribés; ils étaient à terme et bien développés. 1 est mort au début du travail, pendant les attaques d'éclampsie dont sa mère était atteinte; 1 est mort à terme pendant le travail, à cause de la rupture prématurée des membranes qui a occasionné un travail très-long (36 heures). Enfin 2 sont nés morts l'un à sept mois, l'autre à quatre. Sur ces 6 enfants nés morts de femmes albuminuriques, il en est donc 4 dont la mort ne peut être rapportée à l'albuminurie; reste 2 sur 41, dont il est permis, à la rigueur, d'expliquer la mort par l'albuminurie de la mère, et encore j'avoue que telle n'est pas mon opinion, surtout pour celui qui est né mort au quatrième mois de la grossesse.

Quant à la preuve de ce que nous avons avancé à propos de l'influence de l'albuminurie sur le développement du fœtus, on la trouve dans le tableau suivant qui indique le poids des enfants de toutes nos femmes albuminuriques, avec le sexe et l'époque de la naissance, deux circonstances qu'il faut prendre en considération, quand on veut apprécier avec quelque justesse le poids d'un fœtus.

On se rappelle qu'au terme de la gestation, ce poids est ordinairement de 3000 à 3500 gr.

POIDS des enfants nés de femmes albuminuriques.

NOM de LA FEMME.	ÉPOQUE de la grossesse à laquelle a eu lieu L'ACCOUCHEM.	SEXE.	POIDS.	NOM de LA FEMME.	ÉPOQUE de la grossesse à laquelle a eu lieu L'ACCOUCHEM.	SEXE.	POIDS.
Lamy.	9e mois.	Garçon.	3,500	Dorézy. . .	7e mois.	Fille mte.	1,000
Simon.	—	Fille.	3,500	Rousse. . .	7 mois 1/2	Fille.	2,700
Renault. . . .	—	Fille.	3,500	Godet. . . .	9e mois.	Garçon.	3,500
Clabérole. . .	—	Fille.	3,500	Meunier. . .	—	Garçon.	3,000
Paillard. . . .	—	Garçon.	3,000	Lanique. . .	—	Garçon.	3,800
Mégéant. . . .	4e mois.	Garçon.	300	Suisse. . . .	—	Fille.	2.700
Jubac.	9e mois.	Garçon.	3,000	Baudard. . .	—	Garçon.	3,750
Decroix. . . .	—	Fille.	3,500	Brielle. . . .	8 mois 1/2	Fille.	2,800
Varisse. . . .	7e mois.	Garçon.	2,500	Legendre. .	8e mois.	Garçon.	2,500
Hébert. . . .	9e mois.	Garçon.	3,500	Dalangeville.	9e mois.	Garçon.	3,250
Humbert. . .	7e mois.	Garçon.	1800	Julien. . . .	—	Fille.	3,600
Remy.	9e mois.	Garçon.	3,300	Gérard. . .	—	Garçon.	3,250
Chauvelot. . .	—	Garçon.	2,800	Quenel. . .	—	Fille.	2,250
Dardard. . . .	—	Fille.	3,000	Vendenberg.	6e mois.	Fille.	2,500
Paillet.	—	Garçon.	3,500	Guichard. .	9e mois.	Garçon.	3,450
Lapaire. . . .	—	Garçon	3,200	Sybille. . .	—	2 fill. jlles	2,300
Courtat. . . .	—	Fille.	2,700				3,200
Clément. . . .	—	Fille.	2,800	Eeborer. . .	—	Garçon.	4,000
Hénin.	—	Garçon.	2,250	Gallien. . .	—	Garçon.	3,750
Petit.	—	Fille.	3,500	Thomas. . .	8 mois 1/2	Fille.	2,150
Gefray. . . .	—	Garçon.	3,000	Nathier. . .	9e mois.	Fille.	3,500

4° Influence de l'albuminurie sur la durée du travail.

Quoiqu'on en dise, cette influence ne m'a pas paru appréciable, je dirai même plus, je la crois nulle. Le nombre d'heures pendant lequel le travail a duré, chez les 41 femmes albuminuriques, a énormément varié (depuis une heure et demi jusqu'à trois jours), comme, du reste, chez les 164 qui n'ont pas offert d'albumine dans l'urine. Une foule de circonstances inutiles à rapporter ici ont été causes de ces différences ; quelques-unes, comme cela arrive souvent, sont restées sans explication. Mais, dans aucun cas, l'albuminurie ne m'a paru jouer un certain rôle dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle toutes ces femmes sont accouchées. Il est même digne de remarque que dans quelques cas où l'albuminurie était extrêmement abondante et les femmes primipares, la durée du travail a été assez courte, comme on pourra le voir par les chiffres suivants :

Courtat.....	$\frac{1}{3}$ albumine.....	4 h. $\frac{3}{4}$	travail.
Humbert.....	$\frac{9}{10}$ albumine.....	9 h.	—
Legendre.....	$\frac{19}{20}$ albumine.....	4 h.	—
Sybille.....	$\frac{4}{5}$ albumine.....	6 h.	—
Reborer.....	$\frac{19}{20}$ albumine.....	4 h.	—

D'ailleurs quelques femmes, ayant fort peu d'albumine dans les urines, ont eu un travail assez long. Exemple :

Clément.....	$\frac{1}{9}$ d'albumine.	Travail...	14 heures.
Mégeant.....	$\frac{1}{6}$ d'albumine.	Travail...	68
Clabérole.....	$\frac{1}{6}$ d'albumine.	Travail...	16
Remy.....	$\frac{1}{12}$ d'albumine.	Travail...	22
Lavigne.....	$\frac{1}{20}$ d'albumine.	Travail...	36
etc., etc.			

Le plus souvent, le travail a eu une durée ordinaire de quatre à douze heures.

5° Influence de l'albuminurie sur les suites de couches et la secrétion laiteuse.

Les femmes albuminuriques sont-elles plus exposées que d'autres aux accidents inflammatoires qui compliquent si souvent les suites de couches? Je ne le pense pas; au moins, cela ne résulte pas de mes observations. En effet, sur 41 femmes albuminuriques, les suites de couches ont été naturelles chez 31, anormales chez 10. Sur ces 10, il est survenu chez une quelques jours après, des attaques d'éclampsie; alors que déjà la malade mangeait une portion, il est survenu un tétanos mortel; 2 ont succombé à des hémorrhagies utérines, 1 à une lymphite (elle avait le bassin rétréci; diamètre sacro-pubien, $=0^{m}$, 095; il a fallu pratiquer la céphalotomie); 2 ont été atteintes de péritonite mortelle chez toutes deux (l'une d'elles avait subi une application de forceps); 1 a succombé dans un état cholériforme (nous n'avons pu en obtenir l'autopsie); 1 a été emportée par une fièvre puerpérale; chez 1 enfin, il est survenu de la diarrhée et de la fièvre, dont elles ont guéri; cela pendant que régnait l'épidémie de choléra.

Si, comme on le voit par ce relevé, l'albuminurie n'a pas d'influence notable sur le développement des accidents inflammatoires à la suite de l'accouchement, il n'en est pas tout à fait de même pour la production d'hémorrhagie après l'accouchement. Je reviendrai sur ce sujet un peu plus plus tard.

La sécrétion laiteuse n'a pas été modifiée par le passage de l'albumine dans les urines. Chez la plupart de nos malades, elle s'est faite régulièrement, avec une activité normale et à l'époque habituelle, c'est-à-dire du troisième au quatrième jour; elle a manqué chez quelques-unes, mais cela n'est pas très-rare, même chez les femmes non albuminuriques.

La quantité plus ou moins grande d'albumine passée dans l'urine n'a eu non plus aucune influence sur tous les phénomènes que nous

venons de passer en revue. Il ne m'a semblé y avoir de rapport plus ou moins direct entre la quantité d'albumine sécrétée et la gravité du pronostic que pour ce qui a trait à l'hémorrhagie utérine qui survient après l'accouchement.

VALEUR DE L'OEDÈME.

L'œdème plus ou moins considérable, l'anasarque lui-même, compliquant l'albuminurie des femmes enceintes, ne doivent pas toujours, à beaucoup près, faire porter un pronostic grave, pas plus que l'absence de cette complication, ne doit inspirer une sécurité complète. Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de jeter un coup d'œil sur les titres des sept catégories dans lesquelles sont rangées mes observations. Les énumérer ici, sous forme de propositions, sera, je crois, le plus court moyen de formuler ce que nous avons à dire sur la valeur de l'œdème au point de vue du pronostic considéré par rapport à l'éclampsie, à l'hémorrhagie utérine, et aux autres accidents puerpéraux. Voici donc ces titres de catégories :

1re *catégorie.* Albuminurie sans infiltration, sans éclampsie, sans hémorrhagie, suites de couches naturelles.

2e *cat.* Albuminurie avec infiltration, sans éclampsie, sans hémorrhagie, suites de couches naturelles.

3e *cat.* Albuminurie sans infiltration, éclampsie (tétanos); pas d'hémorrhagie.

4e *cat.* Albuminurie avec infiltration, éclampsie ; pas d'hémorrhagie.

5e *cat.* Albuminurie sans infiltration, hémorrhagie ; pas d'éclampsie.

6e *cat.* Albuminurie avec infiltration, hémorrhagie ; pas d'éclampsie.

7e *cat.* Albuminurie sans infiltration, éclampsie, hémorrhagie.

On voit, d'après ce résumé, que :

a. L'albuminurie, avec ou sans infiltration, peut n'être accompagnée d'aucun accident.

b. L'albuminurie, avec ou sans infiltration, peut être accompagnée tantôt d'éclampsie, tantôt d'hémorrhagie.

c. Enfin que l'albuminurie, même sans infiltration, peut se compliquer à la fois d'éclampsie et d'hémorrhagie.

RAPPORTS DE L'ALBUMINURIE AVEC L'ÉCLAMPSIE.

Parmi les maladies qui peuvent survenir pendant le cours de la gestation, l'éclampsie tient, sans contredit, l'un des premiers rangs par sa gravité. En effet, sur 151 cas d'éclampsie observés par différents auteurs, on trouve 54 morts, plus du tiers; et quand il est fait mention des enfants, on voit que, sur 58 naissances, il y a eu 39 morts, les deux tiers. Par conséquent, 151 cas d'éclampsie ont causé la mort à 93 individus, et ce chiffre, déjà énorme, eût été encore considérablement augmenté, si l'on avait toujours noté l'état de l'enfant. Si donc, pour le médecin, l'intérêt scientifique croît avec le danger, si son ardeur à combattre une maladie augmente avec les ravages que cette maladie cause, l'éclampsie a droit à tout notre intérêt, tous nos efforts doivent tendre à lui disputer ses victimes; nous devons, par conséquent, tâcher de trouver quelques signes qui, nous permettant de la prévoir, nous mettent en mesure d'employer à temps tous les moyens propres à la prévenir. Toutes ces raisons m'ont engagé à étudier cette question si ardue des rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie. A défaut de succès dans la recherche de la vérité à cet égard, j'espère qu'on me tiendra compte de mes efforts. La divergence des auteurs sur ce sujet montre assez combien il est difficile.

M. Lever admet qu'il n'existe aucune relation entre l'albuminurie et l'éclampsie; M. Stuart-Cooper partage son opinion.

M. Cahen s'exprime ainsi : « Chez les femmes grosses, la néphrite albumineuse (et pour lui cette affection est constituée par une con-

gestion rénale qu'il ne distingue par aucun caractère de l'hypérémie ordinaire) est une cause fréquente d'éclampsie. »

Suivant M. Simpson, l'albuminurie, lorsqu'elle existe dans les derniers temps de la grossesse, crée une tendance des plus marquées à la production des convulsions puerpérales. Un peu plus loin, il ajoute : « Dans les convulsions *produites* par l'albuminurie, etc. » Il admet, par conséquent, une relation de cause à effet entre l'albuminurie et les convulsions puerpérales.

Nous ferons tout à l'heure l'appréciation de ces différentes opinions; commençons par exposer les résultats auxquels nous sommes arrivé par nos observations personnelles.

Dans l'éclampsie, l'urine contient toujours de l'albumine, le plus souvent en quantité considérable, aucune des femmes éclamptiques soumises à notre examen n'a offert une exception à cette règle.

Le même résultat a été obtenu par M. Lever et M. Devilliers fils.

L'albuminurie pendant l'éclampsie est donc un fait bien avéré.

Toutes les femmes albuminuriques sont-elles nécessairement, fatalement, vouées à l'éclampsie? Non, fort heureusement, non, même quand l'albuminurie dépend d'une néphrite albumineuse parvenue au troisième degré de M. Rayer. Les observat. 19 et 21, sur les femmes Sybille et Gallien, prouvent la vérité de la deuxième partie de cette proposition. Chez elles, en effet, à l'autopsie, nous avons trouvé une néphrite albumineuse au troisième degré de M. Rayer, et cependant elles n'avaient pas eu le moindre symptôme d'éclampsie pendant la vie. S'il en est ainsi, dans quel rapport de fréquence l'albuminurie prédispose-t-elle à l'éclampsie ou plutôt se complique-t-elle d'éclampsie? Sur les 41 femmes albuminuriques que j'ai rencontrées, 7 seulement ont eu des attaques d'éclampsie, c'est-à-dire un peu plus d'un sixième.

La quantité d'albumine sécrétée a-t-elle de l'influence sur la prédisposition plus ou moins grande de l'éclampsie, en admettant, pour un instant, que cette prédisposition existe? Les faits se chargeront

encore de répondre. Voici deux tableaux, l'un indiquant la proportion d'albumine chez les femmes éclamptiques, l'autre chez celles qui n'ont point eu de convulsions. Nous verrons tout à l'heure les conclusions à en tirer.

Albuminuries éclamptiques.

	En volume après une heure de repos.		En volume après une heure de repos.
Gérard	3/5	Brielle	1/4
Quenel	4/5	Thomas	5/6
Venderberg	5/6	Mathieu	19/20
Legendre	19/20		

Albuminuriques non éclamptiques.

Lamy	1/6	Clément	1/6
Simon	3/4	Hénin	1/3
Renault	1/3	Petit	2/3
Clabérole	1/6	Gefray	1/4
Paillard	1/12	Dorizy	19/20
Migeaset	1/6	Rousse	1/5
Jubac	1/5	Godet	1/5
Decroix	1/8	Meunier	1/15
Varisse	1/10	Lanigue	1/6
Hébert	1/13	Suisse	1/20
Humbert	19/20	Bodard	1/20
Remy	1/12	De Langeville	1/3
Chauvelot	1/2	Julien	1/5
Dardard	6/7	Guichad	1/3
Paillet	1/12	Sybille	2/3
Lapaire	1/3	Reborer	19/20
Courtat	1/3	Galien	1/3

De ces faits une fois bien établis, il me semble donc résulter ceci :

1° Chez toutes les femmes éclamptiques, il y a eu une albuminurie abondante.

2° Chez un assez grand nombre de femmes non éclamptiques, l'albumine a été aussi abondante que chez ces premières.

La quantité d'albumine sécrétée ne paraît donc pas avoir une influence bien marquée sur la prédisposition à l'éclampsie, en regardant cette action prédisposante comme réelle. C'est ce qu'il faut chercher à voir maintenant.

Y a-t-il entre ces deux affections, ces deux états morbides, l'albuminerie et l'éclampsie, une relation de cause à effet?

Si cette relation existe, quelle est celle qui joue le rôle de cause, laquelle doit-on regarder comme l'effet?

Telles sont les deux questions dans lesquelles on peut résumer tout ce qui a trait à l'étude des rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie.

Quand on voit la constance de l'albuminurie chez toutes les femmes éclamptiques, sans aucune occupation, il est, ce me semble, impossible de ne pas admettre un certain rapport, une certaine liaison entre ces deux faits pathologiques, albuminurie, éclampsie; mais de ce qu'on reconnaît entre deux faits une certaine liaison, un certain rapport, doit-on nécessairement en conclure que l'un de ces faits est produit par l'autre, qu'il existe entre eux une véritable relation de cause à effet? Je ne le pense pas, cela ne me paraît pas logiquement nécessaire; car ils peuvent fort bien exister simultanément sous l'influence d'une même cause qui les fasse naître tous les deux. Si MM. Cahen, Simpson, et les personnes qui ont admis leur opinion, croient que l'albuminurie produit l'éclampsie, c'est, suivant moi, parce qu'ils tirent des faits des déductions qui n'en découlent pas naturellement. Le raisonnement sur lequel ils s'appuient pour établir leur loi étant fautif, leur conclusion ou cette loi elle-même doit être inexacte.

De ce qu'avec l'éclampsie existe l'albuminurie, cette dernière, disent-ils, est une cause d'éclampsie. Cela est possible, ce n'est pas nécessaire et surtout ce n'est pas prouvé. En effet, de ce qu'il y a priapisme dans l'albuminurie cantharidienne, doit-on en conclure

que l'albuminerie est une cause de priapisme? Non certes. Eh bien! de même, de ce que l'éclampsie s'accompagne d'albuminurie, il n'en résulte pas nécessairement que l'albuminurie soit la cause de l'éclampsie.

Suivant moi, l'albuminurie peut être considérée comme un signe qui doit faire craindre l'éclampsie, non qu'elle en soit la cause, mais parce que dans cette condition physiologique passagère, pendant la gestation, la présence de l'albumine dans l'urine indiquant, le plus souvent, une congestion rénale, il est naturel de supposer ou au moins de redouter que cette congestion partielle ne soit liée à une congestion générale et en particulier à une congestion cérébro-spinale, c'est-à-dire un état qui prédispose à l'éclampsie. Ces craintes et ces soupçons deviendront d'autant plus probables qu'avec l'albuminurie coïncideront quelques symptômes de congestion cérébrale, tels que de la céphalalgie, des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreilles. Je ne suis donc pas de l'avis de M. Lever et de M. Stuart-Cooper, qui n'admettent *aucune* espèce de relation entre l'albuminurie et l'éclampsie, et cependant je ne crois pas, avec MM. Cahen, Simpson et quelques autres, que l'albuminurie soit la cause de l'éclampsie. Pour moi, je le répète, l'albuminurie et l'éclampsie sont deux états morbides quelquefois concomitants (dans le 6e des cas environ), marchant parallèlement sous l'influence d'une même cause, une congestion sanguine portant à la fois sur l'axe cérébro-spinal et sur les reins. Heureusement il s'en faut de beaucoup que cette coïncidence soit constante; souvent, en effet (34 fois sur 41), nous avons trouvé des femmes albuminuriques qui n'ont pas eu d'éclampsie; c'est que, dans tous les cas de congestion rénale, il n'y a pas congestion cérébro-spinale, tandis que toutes les fois qu'il y a congestion du cerveau et de la moelle, il y a en même temps, et peut-être à cause de cela même, congestion des reins.

Pendant les attaques d'éclampsie, l'albuminurie est plus abondante qu'en dehors de cet état. L'observation 12 ayant pour sujet la femme Legendre, chez laquelle l'accouchement n'eut lieu que

trois jours après les attaques d'éclampsie, en est une preuve évidente. Tant qu'ont duré les attaques, l'urine a contenu $^{19}/_{20}$ d'albumine, puis l'éclampsie une fois passée, la quantité d'albumine n'a plus été que de $^{1}/_{4}$. Enfin, huit heures après l'accouchement, il n'en restait plus de trace. Dans ce cas, on ne peut vraisemblablement rapporter la diminution brusque de la quantité d'albumine sécrétée qu'à la cessation de l'influence congestionnante exercée par les attaques convulsives, et non aux causes que nous avons énumérées plus haut (émission sanguine produite par l'accouchement, déplétion de l'abdomen, et soustraction de la gêne mécanique apportée à la circulation en retour, lochies, sécrétion laiteuse, etc.), puisque l'accouchement n'avait pas encore eu lieu. Ce fait, le seul dans lequel j'ai pu observer l'état des urines après des attaques d'éclampsie, alors que l'accouchement n'a pas eu lieu, *tendrait* à prouver, suivant moi, le contraire de ce qu'ont avancé M. Cahen et M. Simpson, c'est-à-dire que si, dans quelques cas, il existe une relation de cause à effet entre l'éclampsie et l'albuminurie, c'est l'éclampsie qui joue le rôle de cause, puisque, l'éclampsie survenant, l'albuminurie augmente considérablement; l'éclampsie cessant, l'albuminurie disparaît presque complétement. Cela se conçoit du reste facilement, quand on songe à la congestion rénale que doivent produire les convulsions puerpérales.

S'il existe, et cela est possible, une certaine relation entre la congestion rénale et celle de l'axe cérébro-spinal, on comprend qu'il puisse exister un rapport direct entre la quantité d'albumine sécrétée et la chance plus ou moins grande de voir survenir des attaques convulsives; l'albuminurie doit donc, je le répète, être regardée comme un signe d'une certaine importance, en ce qu'il peut faire prévenir, soupçonner une congestion cérébro-spinale qui pourrait être suivie d'éclampsie; ce sera donc un symptôme de mauvais augure, mais pas à beaucoup près aussi fâcheux, aussi défavorable que l'ont dit la plupart des auteurs; surtout quand il existe seul et qu'il n'est accompagné d'aucun symptôme de congestion cérébrale.

Pour donner à cette proposition, but principal de nos recherches, l'autorité dont elle a besoin, il suffit de rappeler, encore une fois, que sur 41 femmes enceintes offrant une quantité en générale considérable d'albumine dans l'urine, 7 seulement ont été frappées d'éclampsie; malgré cela, on comprendra, d'après tout ce que nous venons de dire, la nécessité d'observer désormais, avec plus de soins qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, l'état des urines chez les femmes enceintes. En effet, à l'état normal, l'albumine n'y existe pas, et la présence de ce corps doit nous engager à surveiller de près les femmes qui offrent ce phénomène, afin d'employer les moyens préventifs des convulsions puerpérales, pour peu qu'à l'albuminurie se joignent de la céphalalgie, du trouble de la vue, des bourdonnements d'oreille.

Malgré la foi que j'ai en la justesse des idées que je viens d'émettre sur cette question si difficile à juger, et qui a occupé la perspicacité de presque tous les accoucheurs, c'est avec la plus grande réserve que nous la proposons.

Quand l'albuminurie n'est pas compliquée d'éclampsie, elle peut, comme on l'a déjà remarqué, donner naissance à des accidents cérébraux d'une autre nature, je veux parler de l'assoupissement, du coma et même de l'émiplégie. Ces accidents ne surviennent que quand elle existe depuis longtemps; ils peuvent peut-être aussi agir comme cause prédisposant à l'éclampsie; ils reconnaissent presque toujours pour cause une lésion matérielle, saisissable, un épanchement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les ventricules cérébraux, absolument semblable, par sa pathogénie et sa nature, à celui qui se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans les cavités séreuses de la poitrine et de l'abdomen. Dans ces cas, si l'on admet l'épanchement séreux comme cause prédisposant à l'éclampsie, évidemment le meilleur traitement prophylactique de cet accident, serait, non pas des émissions sanguines, mais bien des saignées séreuses, c'est-à-dire des purgatifs légers, souvent répétés à de courts intervalles; des vésicatoires volants seraient aussi fort utiles.

Il est encore un phénomène morbide qui, dans ces derniers temps, vient de fixer l'attention des médecins, je veux parler de l'amaurose. Je ne l'ai rencontrée sur aucune des 41 femmes enceintes albuminuriques qu'il m'a été donné d'observer. Je comprends cependant facilement qu'elle puisse se montrer comme effet de l'albuminurie à la suite d'un épanchement de sérosité dans les milieux de l'œil. L'analogie aurait pu faire prévoir cet accident chez les albuminuriques, car nous retrouvons là, dans l'organe de la vision, des conditions de structure capables d'expliquer très-bien la production de ce phénomène morbide. L'amaurose, dans ces cas, surviendrait à la suite d'un épanchement séreux tout à fait analogue à celui qui a lieu dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses. Telle me paraît au moins l'interprétation la plus plausible de l'amaurose que l'on pourrait appeler *albuminurique*.

En dehors de l'examen des urines, y a-t-il quelque signe qui puisse faire supposer, soupçonner l'existence de l'albumine dans ce liquide? Pour ma part, je n'en connais pas, si ce n'est l'œdème, surtout quand il est général, et qu'il constitue un véritable anasarque; mais, comme on peut s'en convaincre en lisant les titres des catégories dans lesquelles sont rangées nos observations, parvenu à ce degré, l'œdème est très-rare, et même moins considérable, il manque souvent complétement. Il serait cependant utile de trouver quelque indice qui puisse nous guider; car, surtout dans la pratique particulière, il sera souvent difficile d'obtenir la permission d'examiner, et cela un grand nombre de fois, à des époques plus ou moins rapprochées, l'urine des femmes enceintes confiées à nos soins. On sait, en effet, que ce liquide doit *nécessairement* être obtenu par la sonde; or, dans le monde, le cathétérisme est regardé comme une véritable opération, et bien des femmes s'y soumettent avec peine, tant à cause de la crainte d'une douleur qu'elles redoutent sans la connaître, qu'à cause d'un sentiment de pudeur facile à comprendre, surtout alors que la nécessité de cet examen ne leur est pas bien démontrée.

M. Devilliers fils, dans son mémoire sur les hydropisies des femmes enceintes, indique, comme signes précurseurs de l'hydropisie avec albuminurie, des malaises, des frissons, de l'engourdissement.

Ces signes sont bien loin d'être constants; d'ailleurs, en eux-mêmes, ils n'ont pas une très-grande valeur à cause de leur apparition si fréquente dans les jours qui précèdent le développement d'une infinité d'états morbides, de nature complétement différente.

INFLUENCE DE L'ALBUMINURIE SUR L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Quand l'albuminurie existe depuis un certain temps avec une certaine abondance, elle a pour résultat nécessaire de modifier le sang dans sa composition, elle en diminue la quantité d'éléments plastiques; les expériences de MM. Andral et Gavarret ne laissent aucun doute à cet égard. Le chiffre de l'albumine du sérum du sang peut ainsi descendre de sa moyenne ordinaire 72 au chiffre 57, et même moins encore. On comprend dès lors que ce liquide, devenu plus fluide, soit moins facilement coagulable; d'ailleurs l'albumine étant la source de la fibrine, si elle s'échappe du sang, la fibrine elle-même peut se trouver plus ou moins tarie dans sa source. On comprend surtout très-bien l'influence fâcheuse de cet appauvrissement du sang, quand on se rappelle qu'à la fluidification dépendante de cette cause, il faut ajouter la diminution presque constante des globules chez les femmes enceintes, à cause de l'état de chlorose dans lequel beaucoup d'entre elles se trouvent au moment de l'accouchement. Or, pour qu'après la délivrance le sang ne continue pas de couler par les orifices béants des sinus utérins, il faut deux choses : le retrait convenable du tissu utérin et la formation de caillots oblitérateurs des sinus utérins déchirés; si l'une ou l'autre de ces deux conditions vient à manquer, l'écoulement sanguin continue: il en résulte nécessairement une hémorrhagie. La rétraction complète de l'utérus, lorsqu'elle ne se fait pas naturellement, est en général facile

a obtenir par l'administration d'un médicament qui rend dans ces cas d'immenses services, je veux parler de l'ergot de seigle. Malheureusement il ne nous est pas aussi facile de produire artificiellement la deuxième condition, et cela se conçoit : comment changer en un instant la composition du sang? Aussi, la plupart du temps, les hémorrhagies qui reconnaissent pour cause la fluidité du sang, son défaut de plasticité, sont-elles au-dessus des forces de l'art. Fort heureusement, disons-le tout de suite, cet état de liquéfaction, cet appauvrissement du sang par la diminution de l'albumine et des globules, offre plusieurs degrés, et il est rare de la voir poussée à un point tel que la formation du moindre caillot devienne impossible ; nous en avons cependant observé un exemple bien tristement remarquable chez la femme Sybille, qui fait le sujet de l'observation 19. Dans ce cas, en effet, malgré une rétraction parfaite de l'utérus, et l'emploi de tous les moyens connus pour arrêter les hémorrhagies utérines, l'écoulement *d'un sang fluide et décoloré* n'a pas cessé un seul instant depuis la délivrance jusqu'à la mort, qui est arrivée dix-sept heures plus tard. A l'autopsie, je trouvai l'utérus parfaitement rétracté, et tous les orifices du sinus utérins ouverts ; là, pas plus que dans aucune des parties du système circulatoire, je ne rencontrai le moindre caillot. Dans le plus grand nombre des cas, la plasticité est seulement diminuée ; les caillots se forment, mais plus lentement; des hémorrhagies plus ou moins abondantes ont lieu, mais elles finissent par s'arrêter, grâce à la formation plus ou moins tardive des caillots oblitérateurs. C'est ce qui arrivé chez les femmes qui font le sujet des observations 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25 et 27. Enfin, dans le plus grand nombre des cas, l'albuminurie ne cause pas d'hémorrhagie après l'accouchement, et cela par plusieurs raisons : ou bien le passage de l'albumine par les reins n'existe pas depuis assez longtemps, ou bien il a été peu considérable, ou bien encore, quoique l'albuminurie ait été assez abondante, son effet sur la composition du sang a été en quelque sorte compensé par l'augmentation de la proportion de fibrine due à l'état

de grossesse. On comprend, en effet, que cette augmentation soit assez grande pour laisser au liquide nourricier, malgré la perte d'une certaine quantité d'albumine, la plasticité nécessaire à la formation de caillots oblitérateurs. Il semble, dans ces cas, que la prévoyance de la nature n'ait pas été dépassée par la maladie.

Peut-être, dans les cas d'albuminurie accompagnée d'éclampsie, pourrait-on ajouter à la cause d'hémorrhagie que nous venons de signaler l'influence fâcheuse de l'écart fonctionnel survenu dans le système nerveux. En effet, d'après plusieurs observateurs, une perturbation profonde du système nerveux pourrait ôter au sang la faculté de se coaguler; suivant eux, de même que le sang lorsqu'il est altéré, peut modifier l'action nerveuse, de même un trouble de l'innervation pourrait dénaturer le sang. Des faits pareils auraient une portée bien grande, s'ils étaient péremptoirement démontrés ; aussi ne faut-il les accepter qu'avec réserve et attendre pour eux le contrôle de nouveaux faits.

Si je ne consulte que le résultat fourni par mes observations, l'hémorrhagie utérine après la délivrance, chez les femmes albuminuriques serait assez fréquente, puisque sur les 41 femmes placées dans ces conditions, 12 ont eu des hémorrhagies utérines. Chez l'une de ces 12, l'écoulement sanguin n'a pu être arrêté par aucun des moyens connus, et la mort s'en est suivie; chez une autre, l'hémorrhagie a duré pendant quatre heures ; chez une troisième, pendant deux heures. Dans les 9 autres cas, la perte de sang a été peu abondante et de courte durée. Il est bien entendu que nous n'avons rangé dans cette classe d'hémorrhagies que celles qu'on ne pouvait rapporter à aucune des autres causes connues.

D'autres organes que l'utérus peuvent être le siége d'hémorrhagie chez la femme enceinte albuminurique. Ainsi, chez l'une de celles dont nous avons fait l'autopsie, nous avons rencontré une hémorrhagie du foie par points de la grosseur d'un grain de millet, occupant toute l'épaisseur du lobe droit.

M. Devilliers rapporte l'observation d'une femme albuminurique

chez laquelle il n'existait pas de signes de pléthore, et qui eut, pendant sa grossesse, de nombreuses épistaxis. Dans la thèse inaugurale de M. Cahen, se trouve une observation de néphrite albumineuse avec hémorrhagie pulmonaire. La *séméiotique des urines* de M. Becquerel en renferme un autre exemple.

Enfin, chez la femme Gallien (observ. 21), nous avons trouvé une hémorrhage méningée assez considérable. Cette tendance aux hémorrhagies, chez les femmes enceintes albuminuriques, ne peut donc être mise en doute.

TRAITEMENT.

Pour instituer un traitement rationnel de l'albuminurie des femmes enceintes, il faut tâcher de remonter à la cause de ce symptôme, puis agir contre cette cause supposée ou reconnue, en même temps qu'on s'efforcera de détruire les effets qu'elle aura déjà produits.

Sans passer en revue les causes nombreuses dont nous avons parlé, et indiquer les moyens de les combattre, je dirai seulement quelques mots des deux plus fréquentes, l'hyperémie rénale active ou passive et la néphrite albumineuse chronique.

Dans l'*hyperémie rénale*, c'est aux émissions sanguines locales et générales qu'il faudra recourir : comme saignée locale, on a surtout conseillé les ventouses scarifiées dans la région lombaire ; il faut peu compter sur ce moyen. La saignée du bras devra obtenir la préférence, surtout s'il existe avec l'albuminurie quelques symptômes de congestion cérébrale. Je suis convaincu d'avoir ainsi prévenu plus d'une fois des attaques d'éclampsie. Cependant ce moyen doit, suivant moi, être employé avec une certaine mesure et quelque parcimonie; il ne faut pas oublier que ces femmes sont exposées plus que d'autres aux hémorrhagies utérines après l'accouchement, et ne pas abuser d'un moyen qui diminue encore la plasticité du sang, déjà appauvri par le passage de l'albumine par les reins.

Chez les femmes chloro-anémiques, je crois qu'on pourrait, avec

avantage, substituer aux émissions sanguines des révulsifs énergiques, et en particulier les ventouses Junod, appliquées à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant l'indication. On aurait ainsi le double avantage de combattre les accidents qui menacent les malades sans augmenter l'appauvrissement de leur sang.

Quand l'albuminurie reconnaît pour cause une *néphrite albumineuse chronique*, ce n'est plus dans la série de moyens que nous venons d'indiquer qu'il faut chercher la médication, mais bien dans la classe des toniques et des amers, à moins que l'affection des reins ne se complique de congestion cérébrale.

Je me suis contenté d'esquisser à grands traits les indications à remplir; car je n'ai pu, à cause de ma position, expérimenter par moi-même.

RÉSUMÉ.

En résumé, des recherches auxquelles je me suis livré résultent les conclusions suivantes:

1° Le mot *albuminurie* ne doit plus être pris comme synonyme des expressions *néphrite albumineuse, maladie de Bright,* etc. etc. Il faut employer ce mot dans son sens purement étymologique, purement grammatical, c'est-à-dire pour exprimer le passage de l'albumine par les urines. De même que l'ascite, l'albuminurie doit être étudiée comme un symptôme et non comme une maladie.

2° L'albuminurie est fréquente chez les femmes enceintes (41 sur 205).

3° Dans presque tous les cas, elle reconnaît pour cause une simple hyperémie rénale, un simple trouble fonctionnel des reins.

4° Chose remarquable, encore inexpliquée, la primiparité en est une cause prédisposante des plus manifestes.

5° Au signe pathognomonique de l'albuminurie, à la présence de l'albumine dans l'urine, s'ajoutent quelques symptômes concomitants plus ou moins variables; tels sont:

a. L'*hydropisie* soit du tissu cellulaire (œdème), soit des membranes séreuses. Cette hydropisie manque très-souvent, quand elle existe ; elle disparaît très-rapidement après l'accouchement.

b. Des *douleurs lombaires*. Elles ne s'observent presque jamais. Il est d'ailleurs très-difficile, dans l'état de grossesse, d'apprécier justement leur signification.

Presque toujours l'albuminurie des femmes enceintes est exempte de réaction générale.

Je n'ai pas rencontré une seule fois l'amaurose.

6° Dans la très-grande majorité des cas, l'albuminurie de la femme enceinte disparaît presque immédiatement après l'accouchement.

7° Les propositions précédentes feront comprendre ce que nous allons dire du pronostic.

Contrairement à l'opinion généralement répandue, l'albuminurie de la femme enceinte est en général peu grave ; 37 fois sur 41, elle n'a été accompagnée d'aucun accident.

Quoi qu'en ait dit M. Cahen, elle n'a pas d'influence marquée sur :

a. La marche de la grossesse,
b. L'avortement,
c. L'accouchement prématuré,
d. Le développement et la vie du fœtus,
e. La durée du travail,
f. La délivrance,
g. Les suites de couches,
h. La sécrétion laiteuse,

A propos du pronostic, je dois dire aussi que l'œdème est loin d'avoir la valeur qu'on lui a accordée.

8° Tous les cas d'éclampsie que j'ai observés ont été accompagnés d'albuminurie ; il s'en faut de beaucoup que la réciproque soit vraie.

9° L'existence d'une certaine relation entre l'albuminurie et l'éclampsie ne peut plus, ce me semble, être mise en doute aujourd'hui. S'ensuit-il que ces deux états morbides jouent, l'un par rapport à l'autre, le rôle de cause et d'effet? Cela est possible, ce n'est pas logiquement nécessaire et surtout ce n'est pas prouvé.

Peut-être dépendent-elles toutes les deux d'une seule et même cause, une congestion sanguine portant à la fois sur l'axe cérébro-spinal et sur les reins.

Quoiqu'il en soit, lorsqu'une femme enceinte présentera de l'albuminurie, il faudra la surveiller, l'observer de près, et si à ce symptôme viennent se joindre des signes de congestion cérébrale, on devra craindre l'éclampsie et mettre en usage les moyens propres à la prévenir.

10° L'albuminurie, en tarissant plus ou moins la source des éléments plastiques du sang, prédispose aux hémorrhagies après l'accouchement.

La fluidité du liquide nourricier, due à cette cause, est encore augmentée, dans certains cas, par la chloro-anémie qui s'observe assez fréquemment dans les derniers temps de la grossesse.

Cette fluidité a des degrés, d'où les différences dans la gravité des hémorrhagies qui en sont l'effet.

11° Dans le traitement de l'albuminurie des femmes enceintes, il ne faut pas oublier ce qui vient d'être dit; les émissions sanguines ne devront être employées que lorsqu'à l'albuminurie s'ajouteront des signes de congestion cérébrale.

12° Dans les cas de congestion cérébrale imminente, lorsque l'albuminurie sera compliquée de chloro-anémie, on pourrait, ce me semble, remplacer avec avantage les saignées par des révulsifs énergiques (ventouses Junod). On arriverait ainsi à conjurer les accidents sans augmenter l'appauvrissement du sang, et par suite la disposition aux hémorrhagies après la délivrance.

OBSERVATIONS.

(Je ne rapporte ici avec quelques détails que vingt-huit observations ; tout ce que les autres présentent d'important se trouve répandu dans le corps de la thèse.)

Ire CATÉGORIE.

Albuminurie sans infiltration ; pas d'éclampsie ; pas d'hémorrhagie ; suites de couches naturelles.

Ire Observation. — La nommée Dardard, âgée de vingt-quatre ans, domestique, primipare, entre le 14 mai, à minuit, à la Maternité. Cette femme, d'une assez forte constitution, d'une santé généralement assez bonne, fut réglée à l'âge de vingt ans. Depuis ce moment, l'écoulement menstruel se fit d'une manière très-irrégulière ; la dernière époque eut lieu du 15 au 20 août 1848.

Au moment de son entrée, cette femme était déjà en travail ; elle accoucha le 15 mai, à six heures et demie du matin, après un travail de douze heures, d'un garçon à terme, pesant 3,000 grammes, présentant le sommet ; délivrance naturelle.

Dardard n'offre pas la moindre trace d'infiltration, elle n'a jamais eu de douleurs lombaires pendant le cours de sa grossesse. Au moment de l'accouchement il ne s'est manifesté ni céphalalgie, ni tintements d'oreilles, ni brouillards devant les yeux ; il n'y a pas eu le plus léger symptôme d'éclampsie. Après la délivrance, aucune hémorrhagie.

L'urine prise au moment de l'accouchement est acide ; elle a une couleur rouge, et chauffée jusqu'à l'ébullition, elle se solidifie presque en entier par la coagulation de l'énorme quantité d'albumine qu'elle contient.

Voici maintenant le résultat de l'expérimentation de l'urine dans les heures qui ont suivi l'accouchement :

Trois heures après l'accouchement,		$^2/_3$ en volume.
Six heures	id.	$^1/_2$ id.
Neuf heures	id.	$/_4$ id.
Douze heures	id.	quelques traces.
Quatorze heures	id.	0

Quatorze heures après l'accouchement les urines ont tout à fait changé de couleur; elles sont presque incolores, limpide comme l'eau; elles continuent cependant à être acides.

Le 16, rien de particulier, suites de couches naturelles.

Le 17, la sécrétion laiteuse s'opère régulièrement; l'état général est bon, les suites de couches continuent d'être naturelles.

Le 24, Les suites de couches sont toujours normales. Cette femme va très-bien; elle veut sortir de la maison, on lui accorde son *exeat*.

IIe Observation. — La nommée Paillet, âgée de trente-six ans, domestique, multipare (deuxième enfant), entra à la Maternité le 1er mai 1849. Cette femme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, fut réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. Depuis cette époque, elle l'a toujours été régulièrement chaque mois, pendant quatre jours et peu abondamment.

Paillet eut ses règles pour la dernière fois le 10 août 1848; elle accoucha naturellement le 16 mai 1849, à trois heures du soir, après un travail de dix-sept heures, d'un garçon à terme, bien développé, pesant 3,500 grammes. Délivrance naturelle.

Cette femme n'est nullement infiltrée, elle dit n'avoir jamais éprouvé de douleurs lombaires.

Les urines, de couleur normale, sont acides; elles contiennent de l'albumine.

Immédiatement après l'accouchement,		$1/12$.
Trois quarts d'heure	id.	$1/35$.
Deux heures	id.	0

Le 17, rien de particulier.

Le 18, la sécrétion laiteuse s'est bien établie; cette femme nourrit, le lait est assez abondant; les lochies coulent bien; bon état général.

Le 24, les suites de couches continuent d'être naturelles. Cette femme veut sortir aujourd'hui, elle se porte très-bien, on lui donne son *exeat*.

IIIe Observation. — Lapaire, âgée de vingt neuf ans, primipare, ouvrière à la manufacture des tabacs, entra à la Maternité le 21 mai 1849. Cette femme, d'une forte constitution, d'un tempérament ordinaire, d'une bonne santé habituelle jusqu'au moment où elle est entrée à la manufacture des tabacs en 1843. Depuis cette dernière année, elle éprouve chaque jour des douleurs névralgiques de la tête et de l'estomac; les digestions se font cependant assez bien.

Réglée à l'âge de dix-sept ans, elle continua de l'être régulièrement tous les mois jusqu'au moment où elle devint grosse; elle eut sa dernière époque menstruelle le 20 août 1848. Sauf les indispositions que nous avons signalées, la grossesse se passa, pour cette femme, sans aucun accident.

Le 22 mai, à onze heures et demie du matin, elle accoucha naturellement d'un garçon à terme, pesant 3,200 grammes, après un travail de neuf heures. Délivrance naturelle, pas d'éclampsie, pas d'hémorhagie, pas la moindre infiltration.

Les urines, examinées pendant le travail de l'accouchement, sont légèrement rouges; elles sont, du reste, claires et acides; elles renferment un tiers d'albumine. Avec le microscope, on y trouve une certaine quantité de globules sanguins; par le refroidissement, elles ne se troublent pas.

Deux heures après l'accouchement, elles ont leur couleur normale, elles sont toujours acides; par le refroidissement, elles deviennent troubles à cause, de la précipitation d'une poudre rouge jaunâtre qui, examinée au microscope, se montre composée de petits grains rouges arrondis qui, traités par l'acide acétique, se transforment en une multitude de cristaux d'acide urique reconnaissable à tous les caractères de cet acide cristallisé; on ne retrouve plus que quelques globules sanguins très rares. En chauffant cette urine ainsi devenue trouble, on lui rend sa transparence et on n'obtient pas le plus petit nuage albumineux.

Le 23, état général très-bon; lochies normales, suite de couches naturelles.

Le 24, au soir, sécrétion laiteuse accompagnée de peu de fièvre. Suites de couches naturelles.

Le 25, sécrétion laiteuse très-abondante.

Le 30, rien de particulier depuis le 25; état général toujours très-bon.

Le 4 juin, cette femme se trouve très-bien; elle sort de l'établissement.

IVe Observation.—Coustat, âgée de dix-huit ans, primipare, domestique, entra à la Maternité le 24 mai 1849. Cette jeune fille, d'une petite taille, offre une déviation considérable de la colonne vertébrale. Elle nous raconte que cette difformité lui est survenue à la suite d'une chute qu'elle aurait faite dans sa première enfance (à l'âge de dix-huit mois); quoiqu'il en soit, le bassin et les membres sont bien conformés, même les inférieurs; seulement la hauteur de la cavité abdominale est presque réduite à rien; les crêtes iliaques touchent les fausses côtes, en sorte que tous les viscères abdominaux font procidence, et entre autres l'utérus, qui n'a pu se développer qu'en refoulant en avant la paroi antérieure du ventre, et en haut le diaphragme; aussi la respiration est-elle assez gênée. Du reste, cette petite femme a toutes les apparences d'une bonne santé; elle a le teint frais et enluminé.

Réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans et demie, elle dit n'avoir eu que deux époques menstruelles; elle nous affirme cependant n'avoir eu qu'un seul rapport sexuel, au commencement de novembre 1848.

Le 24 mai 1849, à 1 heure après midi, après un travail de quatre heures trois quarts, elle accoucha naturellement d'une fille de sept mois, pesant 2,700 grammes. Délivrance naturelle, pas d'éclampsie, pas d'hémorrhagie, pas d'infiltration.

Les urines, acides, de couleur normale, donnent :

Pendant le travail,		$^1/_3$	d'albumine en volume.
Deux heures après l'accouchement,		$^1/_4$	id.
Neuf heures	id.	$^1/_5$	id.
Quatorze heures	id.	$^1/_5$	id.
Trente heures	id.	plus de traces.	

Trente heures après l'accouchement, les urines, devenues pâles comme de l'eau, ont repris leur couleur normale. Jusqu'au 30, rien de particulier, si ce n'est le défaut complet de sécrétion laiteuse. Aujourd'hui il y a un peu de chaleur à la peau, le pouls a de la fréquence, et cependant la femme prétend ne souffrir nulle part. Tous les organes, interrogés avec soin, ne fournissent aucun indice morbide; les lochies coulent bien.

Le 31, le petit mouvement fébrile signalé hier persiste; la malade dit toujours qu'elle se trouve bien, elle veut absolument sortir.

IIe CATÉGORIE.

Albiminurie avec infiltration ; pas d'éclampsie ; pas d'hémorrhagie ; suites des couches naturelles.

Ve Observation. — Darlongeville, âgée de vingt-cinq ans, primipare, journalière, entra à la Maternité le 25 avril 1849. Cette femme, d'une haute stature, d'une forte constitution, d'une santé habituellement bonne, monta à la salle d'accouchement le 25 avril à neuf heures et demie du matin. Elle offre un œdème considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale antérieure. Un peu d'urine, recueillie avec la sonde, se montre légèrement trouble, jaunâtre, acide; elle contient un tiers d'albumine. Du reste, pas de céphalalgie, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de nuage devant les yeux. Cette femme n'a ja-

mais eu d'attaques de nerfs, aucun des membres de sa famille n'en a eu non plus. Le travail est déjà assez avancé; le col, complétement effacé, est dilaté de 4 à 5 centimètres; les bords de l'orifice sont souples, les membranes entières. La poche des eaux est assez volumineuse pendant les contractions; dans l'intervalle des douleurs, on la déprime facilement, et alors on reconnaît que la tête se présente en occipito-iliaque droite postérieure, se transformant en une mento-iliaque gauche antérieure. En effet, la fontanelle antérieure est derrière le trou sous-pubien droit, et ses angles sont disposés de façon que l'antérieur est en avant et à droite, le postérieur en arrière et à gauche; des deux latéraux, l'un est arrière, l'autre en avant; de plus, la tête est inclinée sur l'épaule antérieure, de sorte qu'on sent une plus grande étendue du pariétal postérieur que du pariétal antérieur. On ne peut encore arriver jusqu'à la racine du nez; mais on distingue très-nettement la suture bicoronale, avec sa forme allongée, aiguë, dirigée en avant et à droite.

Le maximum d'intensité des bruits du cœur fœtal s'entend à droite, au milieu d'une ligne droite allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Les douleurs sont assez rapprochées, assez énergiques ; elles se succèdent à peu près de cinq en cinq minutes.

Cette femme ne se souvient pas de sa dernière époque menstruelle, mais elle croit être à terme; elle est accouchée naturellement sans accidents. Pas d'éclampsie, pas d'hémorrhagie; six heures après l'accouchement, les urines ne contiennent plus qu'un sixième d'albumine; vingt-quatre heures après, il n'y en a plus de trace.

Les suites de couches furent tout à fait naturelles, et le 7 mai cette femme sortit bien portante.

VIe Observation. — Humbert, âgée de vingt-huit ans, cuisinière, primipare, entra à la Maternité le 10 mai 1849. Cette femme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, fut réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. Depuis ce moment, elle continua de l'être régulièrement tous les mois, pendant huit jours, tant qu'elle habita la campagne. Depuis qu'elle habite la ville, chaque époque ne dure plus que trois à quatre jours; elle eut ses règles pour la dernière fois le 20 août 1848. Elle entra à la Maternité le 10 mai 1849, et y accoucha, à trois heures du soir, d'un garçon pesant 1,800 grammes, ayant les apparences d'un enfant de sept mois; il présentait le sommet. Travail, neuf heures; délivrance naturelle.

Au moment de son arrivée cette femme présente une infiltration considérable de toute l'étendue des membres inférieurs. Cette infiltration existe depuis trois semaines.

Les urines, au moment de l'accouchement, sont presque incolores, acides ; traitées par l'ébulition, elles se solidifient presque entièrement. Pas de douleurs lombaires pendant la grossesse.

Au moment de l'accouchement, pas de céphalalgie, pas de nuages devant les yeux.

Pas d'éclampsie, pas d'hémorrhagie après l'accouchement.

Quant à sa couleur, à son acidité, l'urine reste la même après l'accouchement ; voici maintenant les variations qu'elle a présentées dans la quantité d'albumine :

Une heure et demie après l'accouchement,		$4/5$	albumine.
Cinq heures	id.	$1/2$	id.
Seize heures	id.	$1/3$	id.
Vingt heures	id.	$1/10$	id.
Vingt-huit heures	id.	$1/10$	id.
Quarante heures	id.	$1/12$	id.

Du reste, suites de couches naturelles.

Le 12, la sécrétion laiteuse commence à se faire vers six heures du soir.

Le 13, la sécrétion laiteuse continue ; l'état général est bon.

Le lendemain du jour de l'accouchement, l'infiltration a presque entièrement disparu aux cuisses ; elle persiste encore aux jambes, elle y est cependant moindre.

Le 13, à onze heures du matin, il n'existe plus d'œdème qu'autour des malléoles, encore est-il très-faible.

Plus d'albumine dans les urines.

Le 14, plus du tout d'œdème ; état général bon.

Le 18, cette femme continue de se bien porter ; elle demande son *exeat*, qui lui est accordé.

VIIe Observation. — La nommée Lamy, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, le fut toujours régulièrement depuis cette époque, tous les mois, pendant trois jours.

Cette jeune femme nous dit qu'à l'âge de dix-sept ans elle resta trois mois sans voir ses règles, à la suite d'une grande fatigue et d'un refroidissement. Pendant ces trois mois, la jambe droite s'œdématia, et depuis ce moment, à chaque époque menstruelle, le gonflement reparaissait pendant les jours qui précédaient l'écoulement sanguin ; aussitôt que celui-ci se faisait, le gonflement disparaissait.

Le 31 avril cette femme accoucha, à terme, d'un garçon pesant 3,500 grammes, présentant le sommet, après un travail de quatre heures ; délivrance naturelle.

Pas d'hémorrhagie ni avant, ni pendant, ni après l'accouchement; pas le moindre signe d'éclampsie. Au moment de l'accouchement, les urines renferment $1/6$ d'albumine.

D'autres occupations m'empêchant d'expérimenter les urines de cette femme très-peu de temps après la délivrance, cet examen n'est fait que six heures après l'accouchement; à ce moment, le liquide est parfaitement clair; il ne présente plus la moindre trace d'albumine.

Le 1er mai, cette femme va aussi bien que possible.

Le 2 mai, plus d'infiltration; rien de particulier.

Le 4 mai, le bien continue; les suites de couches sont naturelles. Aujourd'hui, fièvre de lait.

Le 6 mai, la malade sort en bon état de santé.

VIIIe Observation. — Chauvilot, âgée de vingt et un ans, ouvrière en casquettes, multipare (troisième grossesse), entrée à la Maternité le 15 mai 1849.

Cette femme, d'une constitution ordinaire, d'un tempérament lymphatique, d'une santé habituellement bonne, fut réglée pour la première fois à l'âge de seize ans et demie; depuis cette époque, elle l'a toujours été régulièrement tous les mois, pendant huit jours, peu abondamment.

Elle eut sa dernière époque dans les premiers jours du mois d'août (du 10 au 15). Vomissement des aliments pendant les deux derniers mois de la grossesse; infiltration considérable des jambes ne dépassant pas les genoux et datant de trois semaines. Pas de douleurs lombaires pendant la grossesse.

Dans les deux premières grossesses, il y a aussi eu de l'infiltration des jambes, qui a disparu rapidement après l'accouchement.

Entrée à la Maternité le 25 mai, à six heures du matin, elle accoucha, une heure plus tard, après un travail de deux heures et demie, d'un garçon peu développé qui a l'apparence d'un enfant de sept mois et demi, qui pesait 2,000 grammes, présentant le sommet; délivrance naturelle.

Pas d'hémorrhagie, pas d'éclampsie. L'urine, une demi-heure après l'accouchement, est rouge, acide, et contient $1/7$ d'albumine.

Deux heures et demie après l'accouchement,		$1/10$.
Cinq heures	id.	plus de traces.

A quatre heures du soir, le 15 mai, l'infiltration a déjà notablement diminué.

Le 17, l'œdème a complétement disparu; la sécrétion laiteuse commence à se faire.

Le 18, cette femme est prise de diarrhée assez fréquente et assez abondante (Riz, sirop de coing; 3 pilules d'opium, 0,05; $2/4$ lavement amidonés laudanisés.)

Le 19, la diarrhée qui avait momentanément cessé, a repris dans la soirée ; pas de vomissements.

Le 20. Dans la nuit du 19 au 20, à la diarrhée s'ajoutent de nombreux vomissements de matière jaunâtre. Ce matin, à la visite, le facies est très-profondément altéré ; les yeux sont enfoncés dans les orbites, ils sont fortement cernés. La voix est cassée; la peau est couverte d'une sueur froide et visqueuse; le pouls est très-faible. Les vomissements et la diarrhée continuent; il y a, de plus, une douleur très vive à l'épigastre. Pas de crampes, pas de cyanose. Il est difficile de savoir si les urines sont supprimées, la femme laissant aller sous elle, et les linges n'étant pas conservés.

Du reste, aucun symptôme de péritonite autre que les vomissements; pas la moindre douleur abdominale. (Bain d'air chaud, seltz, 3 pilules opium 0,05 chaque.

Onze heures. L'état que nous venons de décrire, au lieu de s'amender, persiste et s'aggrave rapidement. A onze heures du matin, la femme succombe.

L'autopsie, demandée au mari, ne nous est pas accordée, malgré les instances les plus pressantes.

IIIe CATÉGORIE.

Albuminurie sans infiltration, éclampsie (tétanos), pas d'hémorrhagie.

IXe Observation. — Gérard, couturière, primipare, entrée à la Maternité le 25 septembre 1848. Cette jeune femme, d'une stature moyenne, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution plutôt faible que forte, est née à Paris, dans une rue large et bien aérée, au terme de sept mois, de parents forts et bien portants. Elle fut mise en nourrice à Gisors, chez une femme qui ne la soigna pas très-bien; ses parents la reprirent au bout de cinq mois. Elle eut alors des convulsions, qui, pendant treize mois, reparaissaient tous les trois mois, pour durer de trois à quatre jours chaque fois. Elle ne commença à marcher qu'assez tard. Son bassin est bien conformé. La menstruation s'établit chez elle, sans accidents, à l'âge de seize ans; les règles paraissaient régulièrement tous les mois, elles duraient cinq jours et étaient assez abondantes.

En janvier 1848, elle devint grosse pour la première fois; sa santé fut très-bonne pendant tout le cours de la grossesse. Elle entra à la Maternité le 12 septembre. Le 24, à une heure de l'après-midi, le travail se déclara; les contrac-

tions étaient assez fortes, les membranes se rompirent dès les premières douleurs. Dans la soirée, les contractions devinrent plus fréquentes. Le 25, à trois heures du matin, elle monte à la salle d'accouchement. A ce moment, l'orifice était souple, mince, dilaté de 15 à 20 millimètres; le sommet se présentait en première position (O. I. G. A.). L'utérus était fortement distendu, bien que les membranes fussent rompues. A quatre heures et demie, cette femme eut quelques étourdissements; les contractions étaient devenues faibles et irrégulières. Vers sept heures et demie, la dilatation avait 30 à 35 millimètres. A huit heures et demie, la tête franchit l'orifice utérin. Dès ce moment, les douleurs cessèrent complétement. A huit heures et demie, cette femme eut quelques nausées; à huit heures trois quarts, elle se plaignit d'étourdissements; sa vue s'obscurcit, la face était extrêmement rouge, pas la moindre trace d'œdème dans aucune partie du corps; tout à coup la couleur rouge du visage fit place à de la pâleur, et des mouvements convulsifs se manifestèrent. La tête s'inclina vers la droite, les yeux se tournèrent du même côté et en haut, ainsi que la bouche, de laquelle sortait une écume colorée en rose par du sang provenant de morsures de la langue, qui cependant n'avait pas été projetée au dehors. Presqu'en même temps, les membres et le tronc s'agitèrent de mouvements convulsifs peu étendus; le pouce était fléchi dans la gouttière formée par les autres doigts, fortement fermés; avec tout cela, perte complète de toutes les facultés intellectuelles et sensoriales; on peut impunément pincer la peau, la malade ne s'en aperçoit pas; les paupières sont entr'ouvertes, et laissent voir les globes oculaires fixés en haut et à droite; la pupille, dilatée, est immobile; toutes ces parties des organes de la vision restent dans cet état pendant qu'on approche brusquement le doigt de la cornée.

La vessie, distendue par l'urine, forme au-dessus du pubis une tumeur ovoïde; on la vide par le cathétérisme. Cette urine, qui a une couleur normale, ne laisse aucun dépôt; on y constate une énorme quantité d'albumine (les trois cinquièmes en volume).

Le pouls de la mère est fort et plein, il bat 135 fois par minute; les battements du cœur du fœtus s'entendent à gauche et en bas, au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure; ils sont d'une force moyenne et se font entendre 60 fois par minute.

A neuf heures moins dix minutes, les mouvements convulsifs cessent, pour faire place au coma, pendant lequel les membres tombent dans une résolution complète. On transporte la malade dans le petit amphithéâtre destiné aux accouchements difficiles : là un nouvel accès se déclare; il est précédé par les contractions convulsives, isolées, de certains muscles de la face, et en particulier

des orbiculaires des paupières, surtout le droit. Pendant ce deuxième accès, la face et les membres deviennent violets, la respiration est stertoreuse et extrêmement ralentie; le pouls est plein et fort, il bat 140 fois par minute. Les battements du cœur de l'enfant sont un peu plus fréquents que tout à l'heure; ils se font entendre 80 fois par minute. On procède immédiatement à l'extraction du fœtus par l'application du forceps. L'introduction de l'instrument est facile; seulement, comme la tête n'a pas encore exécuté son mouvement de rotation, les branches de l'instrument ne répondent pas exactement à ses parties latérales, mais les saisissent obliquement, ce qui rend l'extraction assez longue et assez difficile; elle dure dix minutes. Pendant tout ce temps, on a continué d'entendre les battements du cœur du fœtus; ils deviennent de plus en plus faibles, ils existent encore après l'extraction; le cordon est aussi le siége de pulsations. L'insufflation est pratiquée pendant trois quarts d'heure; les battements du cœur deviennent un instant plus énergiques, puis ils diminuent bientôt d'intensité, pour disparaître enfin complétement; pas une seule inspiration.

Pendant tout le temps que dura l'extraction, la malade ne sembla pas aider à l'expulsion de l'enfant, si ce n'est tout à fait à la fin, où nous pûmes sentir nettement les muscles abdominaux se contracter; déjà, à ce moment, les mouvements convulsifs avaient cessé depuis dix minutes, et le coma lui-même commençait à disparaître, la femme exécutait des mouvements volontaires avec ses membres, et faisait entendre des plaintes qui témoignaient du retour de la sensibilité.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, cette femme perdit une grande quantité de sang. Le placenta s'était incomplétement décollé; M. Danyau porta la main dans l'utérus, acheva ce décollement, et procéda immédiatement à la délivrance. L'écoulement sanguin devint sur-le-champ beaucoup moins abondant, il continua encore pendant quelques minutes, l'utérus se rétractant d'une manière incomplète. 2 grammes d'ergot de seigle furent aussitôt donnés, et toute hémorrhagie cessa définitivement. On plaça la malade sur un autre lit, où elle resta pendant trois quarts d'heure, sans rien offrir de particulier qu'une pâleur très-grande, avec abattement général. Au bout de ce temps, un nouvel accès s'annonça par le ralentissement de la respiration et par des convulsions partielles des muscles de la face. Cette fois, les convulsions durèrent environ six à sept minutes; le coma, vingt à vingt-cinq. On lui applique 8 sangsues derrière chaque oreille, et on lui fait prendre 1 gramme de calomel en cinq paquets, d'heure en heure.

Le soir, à la visite, cette femme se trouve très-bien; il n'y a point eu de nouvel accès; les sangsues coulent encore; la face est pâle; le pouls, assez plein, est aussi un peu fréquent, il bat 120 fois par minute; la peau n'offre pas une cha-

leur anormale; l'excrétion de l'urine ne peut se faire volontairement, on sonde la malade; quantité considérable d'albumine dans les urines.

Le 26. Assez bonne nuit, pas de douleurs abdominales; léger mouvement fébrile, sans cependant aucun malaise; infiltration des petites lèvres, avec commencement d'eschares peu étendues à leur face interne; sécrétion abondante d'urine (ce liquide, très-légèrement rougeâtre, contient encore une grande proportion d'albumine); pas de selle, malgré le calomel. (Tilleul, orangeade sucrée, 2 pots; lavement purgatif; diète absolue.)

Le 27. L'état de cette femme est à peu près le même qu'hier; il existe un peu plus de fièvre, la peau est chaude, et le pouls bat 140 fois; l'urine contient encore de l'albumine. (Tilleul, orangeade sucrée, potion calmante; diète.)

Le soir, à la visite, douleur vive dans la fosse iliaque gauche, ballonnement du ventre, diarrhée résultant du calomel ingéré, toujours beaucoup de fièvre, malaise général, pâleur du visage, dyspnée, légère épistaxis. (30 sangsues au niveau de la fosse iliaque gauche, cataplasmes laudanisés, une pilule opiacée, 0,05.)

Le 28. Très-peu de sommeil pendant la nuit, vomissement bilieux, ventre très-ballonné et très-sensible au palper, quantité toujours considérable d'albumine dans les urines, quoiqu'un peu moindre qu'hier; la diarrhée continue (elle est cependant moins abondante); la face est très-pâle, les yeux sont caves et cernés, la dyspnée augmente. (Riz avec sirop de coings, 0,10 d'opium en 2 pilules; cataplasmes laudanisés, quart lavement amidonné et laudanisé.)

A onze heures du soir, les douleurs abdominales sont beaucoup plus intenses, le ballonnement du ventre a augmenté, et avec lui la dyspnée; un peu de repos pendant la nuit. (Potion calmante éthérée.)

Le 29. L'abdomen est extrêmement développé et tendu, la peau est froide, le pouls est misérable et fréquent, les douleurs arrachent à la malade des plaintes continuelles; les yeux se creusent de plus en plus, ils deviennent fixes dans l'orbite; la pâleur est extrême, la diarrhée continue. (Bain entier pendant une demi-heure; frictions mercurielles; opium, 0,10 en 2 pilules.)

Le soir, à cinq heures, l'état est de plus en plus mauvais, il y a du délire, la peau est glacée, la respiration extrêmement difficile. Depuis le bain, cette femme n'a pu se réchauffer, elle semble plus mal; toute la nuit se passe en cris et en plaintes. A cinq heures du matin, le 30 septembre, la vie s'éteint. Albumine dans les urines (un 5e en volume).

Autopsie faite le 1er octobre 1848, à deux heures de l'après-midi. — Les intestins sont distendus par du gaz, leur partie saillante est le siége d'arborisations vasculaires fines; de la sérosité purulente (deux verres environ) dans la cavité

péritonéale; tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin et de la fosse iliaque gauche est rempli de pus; on en trouve également dans les vaisseaux lymphatiques qui rampent sur les côtés de l'utérus, ainsi que dans l'épaisseur des ligaments larges; dans la moitié inférieure du vagin, il existe plusieurs eschares sur la muqueuse.

La surface interne de l'utérus est recouverte d'une espèce de bouillie noirâtre très-fétide; au-dessous de cette matière, enlevée par le lavage, on trouve les fibres musculaires, et, de distance en distance, des lambeaux flottants de caduque utérine encore adhérents, il en existe surtout un très-grand (4 centimètres carrés) au niveau de l'orifice interne, sur la face postérieure; le corps jaune se trouve dans l'ovaire droit.

La vessie, revenue sur elle-même, renferme à peine une cuillerée d'urine trouble; ce liquide, recueilli dans la vessie après la mort, se sépare en deux couches par le repos: la supérieure est formée d'urine claire, transparente, qui présente encore de l'albumine (un 5e en volume); la couche inférieure, jaunâtre, d'apparence purulente, examinée au microscope, n'offre pas un seul globule de pus, elle est formée tout entière par des cellules d'épithélium de formes très-diverses, les unes semblables à celles de l'épithélium pavimenteux, les autres en raquettes, quelques-unes ressemblent tellement aux cellules du tissu fibro-plastique, qu'il est impossible de les en différencier. Il en est d'autres que je ne puis rapporter à aucune espèce décrite, et que mon collègue et ami M. Gubler a déjà rencontrées une fois dans le dépôt d'une urine prise, après la mort, dans la vessie d'une femme également albuminurique.

Le tissu cellulaire qui environne les reins est assez dense; il adhère assez fortement à ces organes, pour qu'il soit difficile de l'en séparer. Les reins ont leur volume ordinaire; le gauche contient un kyste séreux du volume d'une grosse noisette. La capsule fibreuse adhère très-fortement à la substance corticale, sa séparation est difficile à effectuer, et dans cette opération on enlève avec elle une couche de substance corticale qui est notablement décolorée; elle est d'un blanc jaune-chamois; elle a subi une légère hypertrophie, surtout entre les cônes de substance tuberculeuse, de telle façon qu'ils semblent comprimés par elle; ces derniers sont aussi moins foncés que d'ordinaire; ces deux substances, examinées au microscope, offrent quelques globules de graisse peu volumineux et peu nombreux. En un mot, les reins présentent tous les caractères assignés par M. Rayer au troisième degré de la maladie de Bright. Au reste, M. Rayer lui-même, dont personne ne conteste l'autorité en pareille matière, n'a pas hésité un instant à reconnaître cette lésion dans les reins de notre malade, et ils lui ont été présentés sans lui faire savoir d'où ils provenaient.

Thorax. Quelques adhérences assez solides entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale des deux côtés, surtout vers les sommets et la partie postérieure; *pas de sérosité dans les plèvres.*

Tubercules pulmonaires nombreux dans le sommet de chaque poumon, surtout dans le gauche.

Congestion hypostatique des lobes inférieurs.

Cœur. Rien de particulier, *pas de sérosité dans le péricarde.*

Crâne. Adhérence considérable de la dure-mère aux os.

Injection normale des méninges.

Pas de sérosité dans les ventricules, peut-être même moins qu'à l'état normal.

La substance même de l'encéphale, coupée par tranches de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, n'offre rien de particulier; elle a sa consistance et sa coloration normales.

En terminant, je noterai de nouveau que le tissu cellulaire sous-cutané n'est nullement infiltré, pas plus aux membres abdominaux que dans les autres régions du corps; enfin aucune des cavités séreuses ne renferme de liquide épanché, excepté la poitrine, qui, comme je l'ai dit, contenait à peu près 2 verres de sérosité purulente, produit de péritonite.

Xe Observation. — Quénel, âgée de vingt-huit ans, primipare, entrée à la Maternité le 25 novembre 1848. Cette femme, d'une mauvaise santé, commence à être réglée à dix-neuf ans; plusieurs attaques d'épilepsie précèdent chaque éruption menstruelle, qui revient chaque mois régulièrement.

Lorsqu'elle vint à la salle d'accouchement, le 1er décembre, à cinq heures du matin, elle avait eu déjà deux accès d'éclampsie; elle était sans connaissance.

L'utérus offrait un volume ordinaire; l'orifice était mince, souple, peu dilaté. Cette femme se rappela avoir éprouvé de vives douleurs épigastriques et de la céphalalgie.

A six heures du matin, une troisième attaque survint; les yeux étaient tournés à gauche, la commissure des lèvres était tirée du même côté, la langue était projetée au dehors, les pouces fléchis dans la face palmaire, et retenus par les autres doigts, également fléchis; tout le corps était agité de mouvements convulsifs, surtout du côté gauche.

Les urines contenaient beaucoup d'albumine; il n'y avait pas de traces d'infiltration.

L'auscultation faisait entendre les bruits du cœur fœtal tumultueux.

Les contractions utérines, très-fortes et régulières, firent marcher le travail rapidement; les membranes se rompirent quelques instants avant l'accouche-

ment, qui se fit à sept heures un quart du matin. L'enfant naquit vivant, au terme de huit mois; il présentait le sommet en première position (O. I. G. A.), il pesait 2,250 grammes.

On procéda à la délivrance quelques minutes après l'expulsion de l'enfant; elle n'offrit rien de particulier.

Bientôt après, survint une quatrième attaque, qui dura, comme la précédente, une minute environ, et qui offrit les mêmes symptômes.

On remit la malade dans un lit, et on lui fit une saignée du bras de 500 grammes; des sinapismes furent appliqués aux membres inférieurs, et répétés plusieurs fois dans la journée.

Les attaques continuèrent, il y en eut quinze jusqu'au soir; elles devinrent de plus en plus prolongées, ainsi que le coma.

Dans la soirée, on lui fit prendre 4 grammes de magnésie en quatre paquets.

La respiration devint très-bruyante; deux vésicatoires furent placés aux cuisses, à dix heures du soir.

Il y eut encore huit accès jusqu'à une heure du matin.

De une heure à huit heures, il y eut une insensibilité manifeste; pouls petit, fréquent, presque imperceptible.

A neuf heuree du matin, on la mit dans un bain.

Dans la journée, il y eut un peu d'amélioration.

La nuit suivante se passa bien.

Dans le courant du troisième jour, elle retomba dans un collapsus complet, et succomba le quatrième.

Pendant cet espace de temps, les urines avaient été examinées plusieurs fois, elles contenaient une quantité moins grande d'albumine.

IVe CATÉGORIE.

Albuminurie avec infiltration, éclampsie; pas d'hémorrhagie.

XIe Observation. — Vandenberg, âgée de vingt-quatre ans, couturière, primipare, entre à la Maternité le 12 décembre 1848. Cette femme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique, réglée à l'âge de vingt ans pour la première fois, le fut depuis cette époque, régulièrement tous les mois, pendant deux jours, et peu abondamment.

Le 10 mars 1848, elle vit ses règles pour la dernière fois. Malaise général pendant toute la durée de sa grossesse.

Dans le courant du mois d'octobre, ses jambes s'infiltrèrent, et bientôt l'œdème fit des progrès ascendants, de façon que, dans le milieu de novembre, il était général. Lorsqu'elle entre à la Maternité, le 9 décembre 1848, les membres inférieurs, les parois du tronc, les membres supérieurs, et la face, sont le siége d'un œdème des plus considérables. La peau est pâle avec une légère teinte jaune-paille. Il y a des douleurs de reins, des maux de tête, un malaise général, la marche est difficile les urines, d'une couleur normale, renferment une quantité considérable d'albumine (5/6). On pratique à ce moment une saignée de 300 gr.; couenne, caillot rétracté.

Le 10, les maux de tête sont à peu près aussi forts, l'œdème général est le même.

Le 11. A deux heures du matin, cette femme commence à ressentir les douleurs de l'enfantement; le matin, à neuf heures, le col est complétement effacé, il y a même un commencement de dilatation; elle monte à la salle d'accouchement; là les douleurs se ralentissent jusqu'à quatre heures, où elles reprennent de la force. Dans l'après-midi, les maux de tête augmentent d'intensité. La bouffissure de la face a augmenté presque à vue d'œil, on aurait dit un emphysème considérable. A six heures, on lui fait une saignée de 200 grammes. Pendant l'heure qui a suivi cette deuxième saignée, les douleurs se sont complétement suspendues, pour reprendre ensuite avec plus d'énergie, mais à des intervalles plus éloignés.

Le 12. Dilatation complète à deux heures et demie du matin; rupture des membranes à sept heures, écoulement d'un peu de liquide amniotique. La tête, en première position (O. I. G. A.), franchit l'orifice à trois heures; elle séjourne dans le vagin jusqu'à six heures. Au moment où elle apparaît à l'orifice vulvaire, et tend à s'y engager, commence une première attaque d'éclampsie : yeux, bouche et tête, tournés à gauche. La période convulsive dure environ une minute; puis le coma, un quart d'heure. A six heures moins un quart, la tête est déjà engagée dans l'anneau vulvaire; les contractions se succèdent rapidement, elles sont fortes et efficaces, ce qui fait qu'on laisse l'accouchement se terminer seul. Cette terminaison heureuse a lieu à six heures; à six heures et demie, la délivrance est pratiquée sans aucun accident. La malade est transportée dans un lit, où elle dort tranquillement jusqu'à huit heures. A ce moment, survient une nouvelle attaque semblable à la première. (20 sangsues derrière les oreilles, calomel, 1,00 en dix paquets; sinapismes.)

A huit heures et demie, le pouls est assez plein, d'une fréquence ordinaire. Jusqu'à onze heures, sommeil calme; puis, sans cause appréciable, troisième attaque, semblable aux deux autres.

Le soir, le pouls est encore assez plein et fort, il bat 104 pulsations par minute. La peau est modérément chaude. Ce dont la malade se plaint surtout, ce sont des maux de tête et des douleurs que lui causent les morsures de la langue ; la face est un peu moins bouffie. Les urines, examinées un quart d'heure après l'accouchement, sont aussi albumineuses qu'auparavant.

A huit heures et demie, on sonde de nouveau ; les urines extraites sont rouges, troubles, et contiennent la même quantité d'albumine. (Limonade, 1 pot; gargarisme de miel rosat, sinapisme ; huile de ricin, $^1/_{100}$.

Le 13. Bonne nuit; ce matin, plus de céphalalgie, une garde-robe peu abondante après un lavement simple ; peau d'une chaleur normale ; pouls régulier, d'une force ordinaire, battant 84 pulsations ; l'œdème, quoique très-considérable encore, diminue ; les urines de la nuit sont encore troubles, jaunâtres, elles contiennent beaucoup d'albumine. (Limonade sucrée, 2 pots).

Le 14, état général très-bon, diminution de l'œdème, sécrétion laiteuse ; plus d'albumine dans les urines qui sont très-abondantes et tout à fait claires.

Le 17. La guérison se consolide, l'état général est toujours très-bon ; les membres inférieurs, les parois du ventre ne sont presque plus œdématiés ; les membres supérieurs et la face le sont encore un peu. Urines toujours claires et abondantes, sans albumine. (Limonade sucrée, 2 pots, bouillons, potages.)

Le 18, même état ; la malade veut sortir : nous croyons devoir la retenir, malgré elle. (1 portion.)

Le 19. Sans cause appréciable, peut-être à cause de la contrariété qu'a causée à la malade le refus de son *exeat*, frisson, fièvre. (Tilleul sucré, 2 pots, potion calmante ; bouillon, potage.)

Le 20, tout est rentré dans l'ordre; l'appétit est revenu, il n'y a plus de fièvre. (1 portion.)

Le 22, la malade sort aujourd'hui ; l'œdème a complétement disparu.

XIIe Observation. — Legendre, âgée de trente-trois ans, portière, multipare, 2e grossesse; entrée à la Maternité le 15 juin 1849. Cette femme, d'une forte stature, a été infiltrée dans la première grossesse, mais elle n'a eu aucune espèce d'attaque. Elle a été apportée à la Maternité, à huit heures du matin, le 15 juin 1849, dans un coma profond, suite d'attaques d'éclampsie. D'après les renseignements donnés par les personnes qui l'accompagnent, elle aurait eu cinq de ces attaques depuis minuit. Une saignée au bras lui a été pratiquée en ville. En ce moment, voici dans quel état elle se trouve :

Coma profond avec collapsus complet ; les yeux sont fermés, la bouche à demi ouverte; les arcades dentaires écartées laissent passer la langue, qui est rouge

gonflée, et couverte de morsures; le gonflement dont elle est le siége ne permet pas de la faire rentrer complétement derrière les dents. La respiratiouu est stertoreuse, ronflante; la sensibilité n'est pas abolie, elle est encore un peu émoussée; la malade retire le membre que l'on pince; les membres sont dans une résolution complète; perte de connaissance, abolition complète des facultés intellectuelles; le pouls, très-faible, filiforme, extrêmement dépressible, régulier, bat 108 puls. par minute; les battements du cœur fœtal sont très-obscurs, tumultueux et fréquents (168 puls.). On les entend avec leur maximum d'intensité à peu près au milieu d'une ligne droite allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, comme dans une O. l. G. A. Le fond de l'utérus répond à cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic; la vessie, distendue par l'urine, forme au-dessus des pubis une tumeur ovoïde, qui est comme surajoutée à la tumeur formée par l'utérus. Par le toucher vaginal, on reconnaît que le col est long, ouvert jusqu'à son orifice supérieur, qui est complétement fermé et ne permet pas l'introduction du doigt. A travers les parois du segment inférieur de l'utérus, on reconnaît facilement la tête. Suivant toute apparence, cette femme n'est pas grosse de plus de sept mois; au reste, son mari, qui l'accompagne, dit qu'elle ne pensait pas accoucher avant le mois d'août, ce qui concorde assez bien avec le résultat de l'examen direct.

On vide la vessie avec la sonde; on en retire 1 demi-litre d'une urine parfaitement claire et limpide, de couleur normale, peu acide, qui, traitée par l'ébullition, se concrète presque en entier par la solidification de l'albumine qu'elle renferme. En même temps, elle change complétement de couleur; de jaune d'ambre qu'elle était, elle devient blanche comme du lait. (Limonade sucrée, 2 pots; 30 sangsues derrière les oreilles, en trois fois, de manière à entretenir l'écoulement plus longtemps.)

A dix heures, même état, pas de contractions utérines; les battements du cœur fœtal, de 160 à 164; ils sont toujours plus forts.

A une heure, l'état est à peu près le même.

Je pratique une saignée de 300 grammes, après laquelle le pouls se relève un peu; les pupilles sont toujours très-rétrécies.

Les urines tirées à cette heure, sont rouges et tout à fait troubles; elles se solidifient presque en entier par la coagulation de l'albumine; ce qui les trouble, c'est l'urate d'ammoniaque, comme le prouve l'examen microscopique.

On entend toujours les battements du cœur fœtal; ils n'ont pas notablement changé de caractères.

A cinq heures, la femme comprend ce qu'on lui dit, il y a un mieux notable; elle répond par oui et par non aux questions qu'on lui adresse; elle dit n'avoir

eu de tout le jour des douleurs dans les reins ni dans le bas-ventre; cependant, par le toucher vaginal, on reconnaît que des modifications notables sont survenues dans l'utérus, probablement par des contractions indolores, ou dont la malade n'a pas eu conscience. En ce moment, le col n'a plus que 1 centimètre au plus de longueur; il est largement ouvert, même à son orifice interne, à travers lequel le doigt pénètre très-facilement et arrive sur la tête du fœtus recouverte des membranes entières. Le pouls de la mère est toujours peu fort, il bat 120 puls. On entend encore assez nettement les battements du cœur fœtal; ils ont, à peu de chose près, le même rhythme que ce matin. (Compresse d'eau vinaigrée sur le front.) Trois-quarts d'albumine; les pupilles sont toujours aussi petites; saignée couenneuse.

A dix heures du soir. Sommeil calme; la malade demande à boire de temps en temps; pouls régulier, plus fort, moins fréquent, à 112 puls.; battements du cœur fœtal plus distincts et moins tumultueux.

Le 16 juin. Assez bonne nuit, encore de la somnolence; ne sait pas encore où elle est, se croit chez elle. La langue, moins tuméfiée et moins rouge est rentrée derrière les arcades dentaires. Il n'y a plus de céphalalgie; les pupilles sont toujours petites. La malade entend et comprend très-bien les questions qu'on lui adresse; pas de douleurs dans le ventre ni dans les reins. On entend toujours les battements du cœur fœtal, ils ont le même rhythme, ils sont peut-être un peu plus intenses. Le col de l'utérus est un peu plus court qu'hier soir, il est aussi un peu plus ouvert à son orifice interne; les membranes sont épaisses; pouls régulier, encore faible; battements, 104.

Les urines ont le même aspect qu'hier soir, un peu moins rouges, un peu moins troubles; elles ne contiennent plus que les deux tiers d'albumine. (Huile de ricin, 15 grammes.)

A six heures du soir, l'amélioration va toujours croissant; la malade reconnaît qu'elle n'est pas chez elle, mais ne se souvient pas du tout de ce qui lui est arrivé. Il y a encore un peu de somnolence; les pupilles sont toujours petites. La déglutition, qui jusqu'à présent avait été très-difficile, commence à se faire assez bien, la malade peut boire dans sa tasse; le gonflement de la langue a encore diminué; il y a eu une selle spontanée de matières solides; le col est dans le même état que ce matin, il n'y a pas eu de contractions; la peau est bonne, le pouls comme ce matin.

Les urines sont beaucoup moins rouges, encore assez troubles; elles ne contiennent plus qu'un tiers d'albumine.

Quand on les chauffe, elles se clarifient d'abord un peu, puis, par la coagulation de l'albumine, elles redeviennent troubles, mais d'un autre trouble.

Le 17. Cette femme a tout à fait recouvré sa connaissance et ses facultés intellectuelles; elle ne souffre que de la langue; elle a passé une bonne nuit, il y a eu trois selles; pas de contractions utérines, persistance des battements du cœur fœtal. Je ne pratique pas le toucher, dans la crainte de réveiller les contractions de l'utérus; pouls régulier, encore faible, battant 100 fois par minute.

Les urines sont abondantes, elles sont d'une couleur jaune d'ambre, acides; elles ont presque entièrement repris leur transparence normale; elles ne contiennent plus qu'un quart d'albumine. (Tilleul sucré, limonade sucrée; 2 bouillons, 1 potage.)

Le 18. L'état général continue à s'améliorer; bonne nuit, pas de fièvre, pas de douleur aillleurs qu'à la langue. Les urines sont encore un peu plus claires, jaunes; elles laissent déposer beaucoup moins de sels; l'albumine n'y est plus en aussi grande quantité, $^1/_5$.

Le soir, cette femme nous dit avoir senti plusieurs fois remuer son enfant; on entend toujours les battements du cœur fœtal.

Le soir, à onze heures, des douleurs intermittentes surviennent, et à minuit, cette femme accouche d'un enfant du sexe masculin, passablement développé, vivant, ayant l'apparence d'un fœtus de huit mois, pesant 2,500 grammes. La nuit se passe très-bien; délivrance naturelle.

Le 19. Cette femme va bien; les lochies coulent sans rien offrir de particulier, quelques légères coliques de temps en temps; pas de fièvre, appétit. (Tilleul sucré; 2 bouillons, 1 potage.)

Les urines, prises à huit heures et demie, sont claires, de couleur normale, acides; l'ébullition n'y détermine rien autre chose qu'un léger nubécule qui ôte au liquide un peu de sa transparence, mais ne donne pas, par le repos de plusieurs heures, le moindre coagulum.

Le soir, rien de particulier, si ce n'est un léger trouble de la vue; la malade dit voir les objets à travers un nuage.

Le 22. Cette femme veut absolument sortir; on lui donne son *exeat*. Elle va, du reste, assez bien; sa langue seule est encore un peu malade.

XIIIe Observation. — Brielle, âgée de vingt ans, couturière, primipare, entrée à la Maternité le 22 juin 1849. Cette femme, au grand service, eut une première attaque dans son dortoir le 22, à trois heures et demie du matin (au dire des filles de service). A quatre heures un quart, on éveille une aide sage-femme; à son arrivée, elle la trouve toute violacée, une seconde attaque venait d'avoir lieu. Le pouls est plein, fort, fréquent, dur; on envoie chercher un brancard; pendant ce temps, survient une troisième attaque, bientôt suivie de deux autres qui se succèdent

très-rapidement à quatre ou cinq minutes d'intervalle. Pendant le transport, rien de particulier. A l'arrivée à l'infirmerie (cinq heures un quart), une sixième attaque, qui dure plus longtemps que les autres. (Saignée de 600 grammes.) L'urine contient 1/7 d'albumine ; mouvements d'inquiétude sans attaque prononcée, à six heures un quart. On touche, et une septième attaque survient ; le coma dure à peu près dix minutes. Après ce coma, gaieté, rires ; la malade reconnaît l'aide sage-femme, raconte ce qu'elle a éprouvé la veille (céphalalgie intense depuis deux jours, éblouissements, tournoiements). Je vois la femme pour la première fois, à sept heures et demie du matin : elle vient d'avoir un accès ; elle est pâle, les joues seules sont un peu colorées, les yeux sont fermés ; le pouls est assez fort, assez fréquent ; il n'y a qu'un peu d'œdème autour des malléoles. Les urines, examinées après la sixième attaque, ont l'aspect normal, elles sont acides et contiennent 1/7 d'albumine.

Cette femme est à terme ; le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'épigastre ; le col est complétement effacé, il offre une dilatation de 1 centimètre ; ses bords sont encore assez épais ; les membranes bombent presque continuellement ; quand elles se relâchent, on peut, en les déprimant, toucher la tête du fœtus, qui est encore au-dessus du détroit supérieur. Les douleurs viennent à des intervalles peu éloignés, et dans leur intervalle, l'utérus conserve un certain degré de resserrement. On entend très-distinctement les battements du cœur fœtal ; ils sont réguliers, assez forts, on entend leur maximum d'intensité au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit.

Immédiatement après que je l'ai eu touchée, une nouvelle attaque est survenue (sept heures trois quarts). Immédiatement après cette attaque, qui a duré une minute un quart, les battements du cœur fœtal sont tumultueux, moins intenses ; deux minutes après l'attaque, on ne les entend plus du tout, on n'entend que le souffle utérin. A huit heures, on les entend de nouveau, mais moins forts qu'avant l'attaque ; ils ont recouvré leur régularité.

Depuis huit heures jusqu'à trois heures quarante-cinq minutes, seize attaques à des intervalles irréguliers, à peu près toutes les demi-heures.

Chacune des attaques a duré environ une minute et demie ; elles ont été un peu plus courtes à mesure qu'elles ont avancé ; *elles se sont notablement éloignées depuis la saignée*. Les mêmes phénomènes stéthoscopiques signalés plus haut se sont reproduits après les accès.

Pendant les accès, les doigts se fléchissent dans la paume de le main, mais le pouce reste en dehors des autres doigts sans se fléchir.

A huit heures trente cinq minutes, on rompt les membranes ; il s'écoule peu de liquide amniotique ; la tête s'abaisse, sans cependant s'appliquer exactement sur l'orifice.

A trois reprises différentes, entre deux attaques, il y a eu des vomissements de matières spumeuses, jaunes-verdâtres, bilieuses.

A partir de la treizième attaque, chaque contraction utérine a semblé ramener une nouvelle attaque. La malade commençait à se tourner et retourner dans son lit, puis l'attaque commençait.

A onze heures trois-quarts, on entend encore les battements du cœur fœtal ; ils sont encore réguliers, n'ont pas sensiblement changé de fréquence, mais ils sont beaucoup moins forts.

A une heure moins un quart, la tête franchit l'orifice. Depuis une demi-heure, on n'entend plus les battements du cœur fœtal ; immédiatement après que la tête a franchi l'orifice utérin, survient la vingtième attaque. A une heure, on applique le forceps ; à une heure dix minutes, la tête a franchi la vulve ; à une heure douze minutes, l'accouchement est terminé. Enfant mort ; pas de battements au cœur, cordon infiltré. Immédiatement après le dégagement des épaules, survient la vingt et unième attaque ; l'utérus se rétracte bien, il n'y a pas d'hémorrhagie.

A une heure trois quarts, on procède à la délivrance, qui ne présente rien de particulier ; cinq minutes après, survient une nouvelle attaque (22e), qui dure un peu plus longtemps (une minute et demie).

A trois heures, le pouls est encore plein, fort, développé, dur ; coma profond. (Saignée de 500 grammes, sang couenneux.) L'urine, prise à ce moment, a toujours sa couleur normale ; elle est acide et renferme 1/4 d'albumine. Depuis quatre heures et demie jusqu'à sept heures, six nouvelles attaques. A partir de ce moment, plus d'attaque véritable ; seulement quelques convulsions des muscles de la face.

A six heures cinquante minutes, on applique 20 sangsues en deux fois, derrière les oreilles ; glace sur le front, le mélange suivant :

Jalap en poudre.	1,00	en 3 fois.
Calomel	0,60	
Miel	q. s.	

Dans toutes les attaques, les mouvements convulsifs ont été beaucoup plus intenses à droite qu'à gauche.

A sept heures du soir, les urines contiennent 1/5 d'albumine.

Le 23 juin, à huit heures du matin, cette femme est encore dans une grande prostration ; la sensibilité est revenue ainsi que la connaissance ; la nuit a été calme, la mémoire est encore perdue. La femme ne se doute pas qu'elle est accouchée, elle se trouve très-étonnée quand on lui fait mettre la main sur son ventre ; elle ne se souvient de rien de tout ce qui s'est passé. Elle ne souffre pas ; son pouls est

calme, encore plein et large. (Saignée de 300 grammes, sang couenneux.) La malade répond aux questions qu'on lui adresse, sourit, et se trouve très-bien. (Tilleul sucré, glace sur la tête, quoiqu'il n'y ait plus de céphalalgie; il y a eu deux selles assez abondantes; diète.)

Ce matin, les urines ont toujours l'aspect normal; elles ne contiennent que 1/6 d'albumine.

Ce soir, la connaissance est bien revenue; la malade se trouve très-bien. Je supprime la glace sur la tête.

Le 24. Cette femme va très-bien; pas de fièvre, pas de douleurs abdominales, une selle normale; les urines, de couleur normale, un peu troubles, sont acides, elles ne contiennent plus d'albumine. Les facultés intellectuelles et sensoriales sont complétement revenues. (Tilleul sucré, 2 bouillons.)

Le 1er juillet, 2 portions.

Les urines, examinées le 2, ne contiennent pas d'albumine.

Le 5, 3 portions.

Le 12, *exeat.*

Ve CATÉGORIE.

Albuminurie sans infiltration; hémorrhagie; pas d'éclampsie.

XIVe Observation. — Clément, âgée de vingt-quatre ans, domestique, primipare, entrée à la Maternité le 7 mai 1849. Cette femme, d'une forte constitution, d'une haute stature, d'un tempérament légèrement lymphatique, fut réglée pour la première fois à l'âge de dix-huit ans; depuis cette époque, elle continua de l'être régulièrement tous les mois, pendant trois jours, peu abondamment.

Cette femme eut sa dernière époque menstruelle à la fin du mois d'août. Entrée à la Maternité le 7 mai elle y accoucha, le 28, d'une fille, à terme, pesant 2,800 grammes, présentant le sommet, après un travail de quatorze heures. Délivrance naturelle, après laquelle il y eut un dégorgement très-abondant, malgré la rétraction convenable de l'utérus; pas la moindre infiltration. Les urines, examinées au moment de l'accouchement, sont d'une couleur légèrement foncée, un peu rouges; elles sont acides, et contiennent 1/9 d'albumine.

2 heures après l'accouchement.....			1/9	id.
4 heures	id.	décoloration des urines..	0	id.
7 heures	id.	coloration légèrem. rouge.	0	id.

Le 29. Ce matin, cette femme est très-bien; l'écoulement lochial a lieu d'une manière normale. L'enfant se porte également bien.

Le 30. Douleur dans l'articulation scapulo-humérale droite, sans rien de visible à l'extérieur. (Cataplasme laudanisé, 2 bains, 2 lavements.

Le 1er juin. La douleur a complétement disparu, la sécrétion laiteuse se fait avec abondance; les seins sont très-durs, très-volumineux, très-tendus; on les couvre de cataplasmes émollients pour apaiser la douleur causée par cette tension; la malade ne nourrit pas; les lochies coulent bien. Appétit; presque pas de fièvre, celle seulement qui est causée par la sécrétion laiteuse.

Le 2, les seins sont un peu moins tendus, et il n'y a pas eu de garde-robe. (Lavement purgatif.)

Le 3, pas de garde-robe; une potion oléogommeuse et un lavement émollient le soir.

Les seins sont ramollis; plus de douleurs, plus de fièvre; appétit. (1 portion.)

Le 5, cette femme veut absolumeut sortir; on lui donne son *exeat*. Elle se porte très-bien.

XVe Observation. — Guichard, âgée de trente-un ans, domestique, primipare, entrée à la Maternité le 20 janvier 1849. Cette femme, d'une constitution ordinaire, fut réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. La menstruation s'établit chez elle sans accident, elle fut régulière et assez abondante; chaque époque durait quatre jours.

Le 15 avril 1848, elle eut ses règles pour la dernière fois. Pendant le commencement de sa grossesse, cette femme eut quelques nausées; dans le dernier mois, elle ressentit des douleurs lombaires, et eut un léger œdème des membres inférieurs, surtout du gauche. Au moment de son entrée, on n'en voit pas de traces.

Entrée le 20 janvier, à sept heures du matin, elle monta à la salle d'accouchement, où l'on constata l'état suivant:

Douleurs faibles, mais rapprochées. Orifice utérin dilaté de 20 à 25 millimètres; membranes rompues au-dessus du cercle utérin. Au centre de l'orifice, on sent un coude; l'avant-bras est en avant, le bras en arrière. Derrière la symphyse pubienne, on sent des doigts appartenant à une main; on ne peut distinguer laquelle. On n'arrive pas jusqu'au creux axillaire. Le ventre a un volume ordinaire; son diamètre transversal est un peu moindre que le vertical, dont l'extrémité supérieure remonte à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Par la palpation, on ne peut reconnaître nettement la place qu'occupe

la tête. Les battements du cœur s'entendent dans une direction transversale; sur la région hypogastrique, l'auscultation n'est pas assez longtemps pratiquée pour déterminer d'une manière bien précise le point auquel correspond le maximum d'intensité de ses battements. A neuf heures, la dilatation étant complète, on fait placer la malade sur le lit de l'amphithéâtre, et Mme Charrier procède à la version. La main droite est introduite; on reconnaît alors que la tête est à droite et *très-haut;* les pieds à gauche, *très-haut.* Le pied droit est saisi et amené hors de la vulve; on tire sur lui pour faire descendre le gauche, mais on ne peut y parveuir; il faut réintroduire la main gauche pour le faire descendre. Le tronc est extrait en deuxième position. Le dégagement du bras est entièrement difficile; cependant, après de longs efforts, le droit est dégagé sur la partie antérieure de l'enfant et en arrière du bassin, puis le gauche de la même manière. Mais alors de nouvelles difficultés se présentent; on ne peut, malgré des tractions très-énergiques, faire descendre la tête. Elle reste *invariablement* fixée dans une position tout à fait transversale; la face regardant à droite, l'occiput à gauche. Alors on se décide à pratiquer la perforation du crâne; l'enfant avait cessé de vivre. Les ciseaux de Smellie sont d'abord appliqués sur la partie moyenne de la voûte palatine, mais on ne peut pénétrer par ce point. On les retire et on les introduit cette fois au niveau de la partie moyenne latérale gauche du; cou, ils traversent les parties molles de cette région obliquement, pour arriver à la base du crâne, au niveau du rocher. Une petite quantité de substance cérébrale s'écoule aussitôt que l'instrument a pénétré dans la cavité crânienne; on fit alors une injection d'eau dans cette même cavité, au moyen d'une seringue dont la canule avait été introduite par l'ouverture faite au crâne. L'eau ressortit, sans entraîner de substance cérébrale. Le céphalotribe fut alors appliqué, et la tête fut extraite dans une direction presque transversale. L'enfant, du sexe masculin, à terme, pesant 3,450 grammes, est né mort. On trouve les téguments du crâne soulevés au-dessus des os; nous pensons d'abord que c'est par une partie de l'eau injectée, mais une incision pratiquée sur eux donne immédiatement issue à la presque totalité de la masse encéphalique, qui était passée entre les os et les téguments, à travers la suture qui unit le bord inférieur du pariétal gauche avec la portion écailleuse du temporal correspondant. Une des cuillers du céphalotribe est appliquée sur la partie gauche de la face (bouche, joue, front); l'autre est en arrière de l'oreille droite.

Étonné des difficultés qu'avait offertes l'extraction de la tête, quoique placée transversalement, on mesure le bassin immédiatement après l'accouchement;

on trouve que son diamètre sous-pubien a 9 centimètres et 5 millimètres sans déduction.

Délivrance naturelle; on pense que le placenta n'était pas inséré très-loin de l'orifice. L'utérus reste un peu mou; il s'écoule un peu de sang fluide.

Deux heures après l'accouchement, à midi, cette femme est transportée dans l'infirmerie; une demi-heure après, il s'écoule du vagin une assez grande quantité de sang fluide; l'utérus cependant paraît bien rétracté. On donne deux grammes d'ergot de seigle, en trois doses, à cinq minutes d'intervalle. L'écoulement *semble* se suspendre pendant quelques minutes, puis il reprend, et en une heure la femme souille trois serviettes. A quatre heures, on administre encore 1 gramme 50 centigrammes d'ergot de seigle en deux doses. L'écoulement ne s'arrêtant pas, quoiqu'il fut peu abondant, Mme Charrier tamponne le vagin; on donne une potion antispasmodique par cuillerées.

A six heures du soir, au moment où je fais ma visite, je trouve le tampon non imbibé; la femme est dans l'état suivant :

L'utérus, de forme arrondie, globuleuse, est incliné à gauche de la ligne médiane; il est dur, très-bien rétracté; son bord supérieur remonte au niveau de l'ombilic, il est le siége de tranchées qui reviennent assez fréquemment. Douleurs lombaires. La face est jaune-paille, les lèvres pâles; le pouls petit, mou, bat 92 fois par minute.

L'urine de cette femme renferme un tiers d'albumine.

A neuf heures du soir, l'état n'a pas sensiblement changé.

Le 21. Le ventre a pris un peu de développement, ce qui rend moins sensible la saillie antérieure que formait hier soir le globe utérin; il n'est point douloureux. L'utérus a un peu diminué de volume, son bord supérieur se trouve maintenant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le tampon est imbibé de sang; l'alèze placée sous le siége de la malade présente une tache de sang grande comme la main.

Le pouls est un peu plus fort qu'hier; il est moins mou, il bat 100 fois par minute; la peau est chaude.

La face offre toujours la même teinte jaune-paille, les lèvres sont plus roses; pas de sommeil.

Les urines rouges contiennent encore la même proportion d'albumine, peut-être un peu moins; examinées au microscope, elles présentent des globules de sang en assez grand nombre. Les urines sont retirées avec la sonde. (Limon. sir., 2 p.; pot. s. p. d'éther; bouill. froid.)

Le soir, le pouls est un peu plus fréquent, il bat 120.

Le tampon a été retiré à cinq heures, l'écoulement ne se reproduit pas. Le globe utérin est à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Le 22. Le pouls est plus dur, il bat 136 fois par minute. Même couleur jaune de la face, légère céphalalgie, quelques douleurs abdominales; les urines, encore rouges, ne contiennent plus du tout d'albumine. (Frictions avec huile de camomille camphr. laud.; lim. s.; 2 bouill.)

Le 23, pas de changement notable.

Le 24, la face exprime la douleur; la femme est cependant couchée sur le côté.

Le ventre n'est douloureux qu'au niveau de l'utérus; douleur assez vive qui gêne les mouvements de chaque côté du cou; on ne trouve rien d'appréciable dans cette région à la vue ni au toucher. Sur le bord interne du tiers inférieur de l'avant-bras droit, la malade accuse une douleur qu'exaspère la pression. Dans ce point, la peau est un peu rouge; il existe aussi un léger empâtement dans une étendue de 7 à 8 centimètres en hauteur, et 4 à 5 en largeur.

Le pouls, assez dur, est très-fréquent; il bat 136 fois par minute; la peau est chaude; soif intense, même teinte jaune de la peau. (Même trait., même rég.; catap. laud. sur l'avant-bras.)

Le 25. Agitation, délire pendant la nuit. Ce matin, même fréquence du pouls; altération de la face, délire, sécheresse de la bouche. (Même traitement, même régime.)

Le 26. Lèvres croûteuses et sèches, yeux caves; pouls petit, fréquent (144); pas de douleurs de ventre bien marquées. La tuméfaction de l'avant-bras n'a pas notablement changé; délire. (Orang., lim. s.; 2 bouill.)

Le 27. Altération de plus en plus profonde du visage, faiblesse extrême; pouls très-fréquent, filiforme; décoloration des lèvres. Plus de délire.

Le 28. La faiblesse est encore plus grande; la mort est imminente; pas de douleurs abdominales, pas de météorisme, pas d'eschares.

Le 29, à une heure du matin, mort sans rien de particulier; la malade s'est éteinte.

Autopsie faite le 30, à neuf heures et demie du matin.

Abdomen. La cavité péritonéale n'offre absolument rien de particulier, si ce n'est quelques adhérences déjà anciennes, longues, filamenteuses, entre les parois du cul-de-sac péritonéal postérieur; dans tous le reste de son étendue, le péritoine ne présente aucune altération.

L'utérus, revenu sur lui-même, remplit presque toute l'excavation pelvienne; son fond dépasse à peine le plan du détroit supérieur. Après l'avoir enlevé du

bassin, on trouve tous les lymphatiques situés sur ses bords remplis de pus; par places, ces vaisseaux sont fortement dilatés en ampoule.

Mesures de l'utérus :

Du milieu du fond à l'extrémité du col.....	0^m, 17
D'une trompe à l'autre.....	0, 12
Épaisseur des parois au niveau de la partie moyenne du corps...	0, 2

La surface interne est recouverte d'une couche noirâtre demi-liquide, légèrement poisseuse, fétide, tenant à la paroi, et pouvant en être enlevée facilement avec le manche du scalpel.

Au-dessus de l'orifice interne du col, à droite, existe une solution de continuité dans l'épaisseur du tissu utérin. Cette solution de continuité pénètre obliquement la paroi utérine de haut en bas, et de dedans en dehors, dans une étendue de 0^m,03. La surface de cette solution de continuité est grisâtre.

Le corps jaune est situé dans l'ovaire gauche, il occupe la partie moyenne de son bord supérieur. On aperçoit en ce point une injection fine du tissu de l'organe, qui offre aussi plus de consistance. Une coupe pratiquée dans ce point, parallèlement à la longueur de l'ovaire, permet de voir ce qui suit :

Le corps jaune est constitué presque tout entier par une poche dont les parois sont formées par une membrane d'un demi-millimètre d'épaisseur, dure, résistante, comme fibreuse, d'une couleur blanche, rosée, lisse et brillante à son intérieur, et circonscrivant une cavité de forme irrégulièrement triangulaire. L'un des angles forme une espèce de petit conduit dont l'extrémité s'étend jusqu'à la périphérie de l'ovaire, et est fermé en ce point, comme dans tous les autres, par la membrane dont nous parlons. Par sa surface externe, cette membrane adhère à une couche de matière jaune, d'un millimètre d'épaisseur, dont est entourée la poche dont il est question. Cette adhérence est assez faible pour qu'on puisse séparer la membrane de la substance jaune, en tirant sur un de ses bords, avec une pince; alors on voit que cette surface externe est aussi lisse, mais plissée, froncée par un retrait sur elle-même.

La matière jaune, qui forme l'espèce d'atmosphère au milieu de laquelle cette petite loge est plongée, présente dans son épaisseur un grand nombre de vaisseaux très-déliés. La loge, dans son plus grand diamètre, qui est perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'ovaire, a un centimètre; dans son plus petit, qui est parallèle à cet axe, elle n'a que cinq millimètres.

Rien de particulier dans le foie ni dans la rate, qui a seulement un diamètre vertical un peu plus considérable qu'à l'état normal.

Reins. Ils sont peu volumineux.

Le droit pèse.....	90	grammes.
Le gauche.....	106	id.

Ils n'offrent aucun des degrés de la maladie de Bright.

Thorax. Poumons. Rien de particulier, si ce n'est une adhérence générale ancienne des deux plèvres.

Cœur. Il contient, à droite et à gauche, des caillots fibrineux d'un gris pâle; ces caillots sont très-mous, et on en exprime une grande quantité de sérosité, ce qui les réduits à moins du sixième de leur volume.

Le bassin est généralement petit; sa conformation est du reste à peu près régulière. Voici les diamètres du détroit supérieur :

Sacro-pubien.....	0^m, 075
Transverse.....	0, 125
Oblique.....	0, 075

La brièveté des diamètres obliques tient à deux causes : 1° à la petitesse générale du bassin, 2° au défaut de courbure des branches horizontales du pubis.

XVIe Observation. — Simon, âgée de dix-neuf ans, femme de ménage, primipare, entrée à la Maternité le 16 mars 1849. Cette femme, d'une stature moyenne, d'une assez forte constitution, d'un tempérament légèrement lymphatique, d'une bonne santé habituelle, fut réglée à l'âge de quatorze ans; depuis cette époque, elle l'a toujours été régulièrement tous les mois, pendant cinq jours chaque fois.

Pas la moindre infiltration. Accouchée le 2 mai 1849, à onze heures et demie du matin, après un travail de cinq heures, d'une fille à terme, belle enfant, pesant 3,500 grammes, présentant le sommet; délivrance naturelle. (Cette femme ne se souvient pas au juste de sa dernière époque menstruelle).

L'accouchement ne fut compliqué d'aucun accident éclamptique. Après la délivrance, il survint une légère hémorrhagie; le sang perdu était un peu plus fluide que d'ordinaire. L'utérus était bien rétracté, seulement le col était un peu mou. Cette perte, quoique pas très-abondante, affaiblit momentanément beaucoup Simon; elle était d'une pâleur excessive.

Les urines, examinées pendant le travail, ont leur couleur normale, elles sont claires et très-acides; elles donnent un dixième d'albumine.

Une demi-heure après l'accouchement, elles en contiennent un tiers; elles sont d'une couleur un peu plus foncée.

Deux heures trois quarts après l'accouchement, l'albumine est réduite à un quart.

Cinq heures après l'accouchement, la quantité d'albumine est encore la même (un quart).

Douze heures après l'accouchement, elle est nulle.

Le 3 mai. Les urines sont claires, limpides, presque incolores comme de l'eau pure. La malade se porte très-bien; les lochies coulent bien.

Le 4. Le bien continue, la sécrétion laiteuse s'est établie naturellement.

Du 4 au 24, rien de particulier. La malade mange deux portions, pendant que des eschares de la vulve se cicatrisent; puis tout à coup, le 24 mai, sans cause appréciable, elle est prise de tous les signes d'une péritonite violente (douleurs abdominales vives, vomissements, fréquence et petitesse du pouls, altération profonde de la face). A tous ces symptômes graves, s'ajoute une diarrhée très-fréquente. (40 sangsues en deux fois, catapl. laud.; eau de Seltz, glace.)

Malgré les moyens employés, la maladie fait des progrès rapides, et la malade succombe le 30, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie faite le 31, *à onze heures et demie, par une température très-élevée.*

Abdomen. Sérosité citrine (1 litre); pus concret en très-grande abondance sur tous les organes, et surtout entre les circonvolutions intestinales; distension de tout le tube intestinal par des gaz. Rien de particulier ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans le pancréas.

Les reins ont leur volume à peu près normal, le gauche est un peu plus gros que le droit; le premier pèse 118 grammes, le second 107. Dans les deux, la membrane fibreuse présente quelques taches blanches peu étendues. Cette membrane s'enlève facilement et sans entraîner avec elle de substance corticale, excepté au voisinage des scissures, dans une très-petite étendue. A l'intérieur, pas de vascularisation anormale autre que celle qui dépend de la position déclive sur la face postérieure, encore est-elle peu marquée. La coloration est également normale, elle est plutôt un peu pâle que plus rouge; consistance ordinaire. Sur la coupe pratiquée du bord convexe au bord concave, on n'aperçoit rien d'anormal ni dans la couleur, ni dans l'étendue de la substance corticale; les cônes sont très-réguliers et très-sains, d'une couleur rouge plus foncée que celle de la substance corticale; ni dans l'une ni dans l'autre des deux substances (corticale, tubuleuse), on ne voit des granulations blanches. Les calices et le bassinet sont d'un gris rose, comme dans les reins parfaitement sains; il en est de même des uretères.

La vessie n'offre rien de particulier, sa muqueuse est parfaitement saine; seu-

lement il existe, au niveau du trigône, un réseau vasculaire très-fin, qui se prolonge insensiblement sur les parties latérales de l'organe et dans l'urèthre.

L'urine, en petite quantité, contenue dans la vessie, a une couleur jaune légèrement trouble; elle est acide. Mise dans un tube et laissée en repos, elle devient claire et laisse déposer une poudre jaunâtre qui, examinée au microscope, se montre composée de cellules épithéliales, de formes et de dimensions extrêmement variées, analogues à celles dont il a été parlé à propos de la femme Girard. Rien de particulier dans l'utérus et ses annexes.

Poitrine. Tout y est parfaitement normal (cœur et poumons).

XVIIe Observation. — Dorezy, âgée de vingt-deux ans, primipare, ouvrière en ombrelles, entrée à la Maternité le 4 juin 1849.

Hier 3 juin, à minuit, cette femme, sans cause appréciable autre qu'un rapport sexuel avec son amant, fut prise de douleurs intermittentes dans les reins et le bas-ventre, qui revenaient toutes les quatre ou cinq minutes. A six heures du matin, elle commença à perdre du sang; elle vint à la Maternité. A son arrivée, elle perd encore; le col est effacé, l'orifice est dilaté de 3 centimètres, il est souple, mince. L'enfant se présente en O. I. G. A. A sept heures un quart la dilatation est complète, l'hémorrhagie continue; les membranes sont entières, et on ne sent pas de placenta près de l'orifice. On rompt les membranes, l'hémorrhagie se suspend, la tête franchit bientôt l'orifice, et à neuf heures du matin, le 4, l'enfant, du sexe masculin, naît mort. Il pèse 1,000 grammes, est peu développé, et a l'apparence d'un enfant de sept mois. Cette femme dit qu'elle ne le sentait plus remuer depuis deux ou trois jours; il ne porte aucune trace de putréfaction.

Immédiatement après la délivrance, écoulement d'une assez grande quantité de sang, quoique l'utérus se soit bien rétracté sous l'influence de 2 grammes de seigle ergoté, donnés immédiatement après l'accouchement; le sang est fluide, peu coloré.

L'écoulement sanguin, peu abondant, se continue jusqu'à deux heures du soir. Le pouls est extrêmement faible, presqu'imperceptible, il bat 76 fois par minute; la face est pâle, décolorée. La femme est dans un état d'abattement très-grand; de temps en temps, toutes les dix minutes environ, surviennent des tranchées assez vives, pas d'infiltration.

Les urines, à onze heures et demie, sont rouges, légèrement troubles; elles se solidifient presqu'entièrement par la coagulation de l'énorme quantité d'albumine qu'elles renferment: elles rougissent faiblement le papier de tournesol.

A deux heures et demie, le 4 juin, toute hémorrhagie a cessé; la femme se trouve très-bien.

Le 5. Bonne nuit, bien-être général; peu de fièvre, pas de douleurs abdominales, plus d'hémorrhagie; pâleur considérable de la face.

Urines.

20 minutes après l'accouchement,	tout albumine.		coul. rouge,	trouble, ac.
10 heures	id.	$^5/_6$	ac.,	légèrement colorée.
26	id.	$^1/_4$	ac.,	trouble, incolore.
36	id.	$^1/_5$	ac.,	trouble, incolore.
50	id.	$^1/_8$	ac.,	blanchâtre, peu trouble.
60	id.	$^1/_{15}$	faibl., ac.,	claire, incolore.
75	id.	0	faibl., ac.,	claire, coul. normale.

Le 6. Cette femme continue d'aller bien, elle reprend ses forces. (2 bouillons, 1 potage; lim. s., lav. miel mercurial.)

Le 7. Bien général; suites de couches normales. (2 bouillons, 1 portion, 2 soupes.)

Le 8. Bien général.

Le 9, id. (1 portion.)

Le 10, id. (2 portions.)

Le 11, id. (2 portions.) Demande sa sortie; elle lui est accordée.

XVIIIe Observation. — Meunier, âgée de vingt-trois ans, brodeuse, multipare, deuxième grossesse; entrée à la Maternité le 10 juin 1849. Cette femme, petite, d'une faible constitution, d'une santé assez bonne, a fait une fausse couche de cinq mois à sa première grossesse. Réglée à l'âge de treize ans; depuis ce moment réglée tous les mois assez abondamment pendant six à huit jours; ne se souvient pas de sa dernière époque menstruelle, mais elle dit qu'elle croyait avoir encore un mois à attendre. Quoiqu'il en soit, elle arriva à la Maternité le 10 juin 1849, à dix heures du matin, souffrant déjà depuis la nuit. Elle accoucha le même jour à deux heures du soir, après un travail de douze heures, d'un garçon qui semble être à terme, pèse 3,000 grammes, présentant le sommet; délivrance naturelle.

Pas du tout d'infiltration. Immédiatement après la délivrance, légère hémorrhagie, quoique l'utérus fût assez bien rétracté. Un gramme de seigle fut administré, et l'écoulement sanguin cessa. Pas de douleurs lombaires dans le cours de la grossesse.

Les urines, pendant le travail, sont peu colorées; elles renferment $^1/_{15}$ d'albumine.

1 heure après l'accouchement, $^1/_{12}$ d'albumine.

4 heures après l'accouchement, plus de traces.

Elles étaient peu acides.

Le 12. La sécrétion laiteuse se fait assez bien ; état général satisfaisant, les lochies coulent normalement.

Le 13. Le bien continue ; les suites de couches sont naturelles. Les seins sont encore très-durs, ils ne sont plus douloureux. Cette femme veut absolument s'en aller, tous les raisonnements ne peuvent lui faire comprendre ce à quoi elle s'expose en partant.

VIe CATÉGORIE.

Albuminurie avec infiltration, hémorrhagie ; pas d'éclampsie.

XIXe Observation. — Sybille, âgée de vingt-cinq ans, primipare, entrée à la Maternité le 27 juillet 1848. Cette femme, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique, bien conformée, a toujours joui d'une bonne santé, n'a pas souffert de la misère. La menstruation s'établit chez elle à l'âge de seize ans, sans aucun accident ; elle est irrégulière et reste quelquefois six semaines, deux mois, et plus, sans avoir lieu. A chaque époque, l'écoulement, peu abondant, ne dure pas plus de trois à quatre jours.

En janvier 1848, cette femme conçut pour la première fois. Pendant les six ou sept mois de sa grossesse, elle n'éprouve rien de particulier ; dans les deux derniers, au contraire, quelques malaises, quelques douleurs de côté, et dans la dernière quinzaine, il survint dans les membres inférieurs une infiltration qui gagna bientôt les parois de l'abdomen. Quelques jours avant l'accouchement, on lui pratiqua une saignée de 300 grammes ; elle monta à la salle d'accouchement le 4 octobre 1848, à cinq heures du matin. Quand nous la vîmes avec M. Danyau, il était huit heures et demie. La première chose qui nous frappa fut le volume considérable du ventre ; l'idée nous vint tout d'abord de la possibilité d'une grossesse double. Le stéthoscope appliqué sur presque tous les points de l'abdomen, nous entendîmes distinctement un seul maximum sur la côte gauche de l'ombilic, à 4 centimètres en dehors de ce point. Les battements du cœur fœtal étaient là énergiques, sonores et retentissants. Par le toucher, nous reconnûmes la tête, qui se présentait en occipito sacro-iliaque droite ; elle avait franchi l'orifice utérin depuis déjà quelque temps, et se trouvait, au moment de l'explo-

ration, au niveau de la partie inférieure du vagin. Ce que nous venons d'indiquer, comme résultat du toucher, joint au développement considérable du ventre, devait évidemment, quand on rapprochait ce résultat de celui fourni par l'auscultation, nous confirmer dans l'idée d'une grossesse gémellaire. Les battements du cœur fœtal, qu'on entendait avec leur maximum d'intensité à la hauteur de l'ombilic, ne pouvaient, en effet, appartenir au fœtus dont la tête était presque derrière la vulve; nous auscultâmes donc une dernière fois, et il nous fut alors possible d'entendre, à 1 ou 2 centimètres seulement au-dessus du milieu du pli de l'aine droite, des battements qu'il fut d'abord difficile de bien distinguer de ceux des artères de la mère, à cause de la fréquence du pouls chez celle-ci. Ces battements étaient faibles, sourds et un peu confus; cependant, en prolongeant un peu l'examen, on finissait par reconnaître distinctement en ce point, l'existence de battements doubles, qui étaient un peu plus fréquents que ceux du pouls maternel. Nous pensâmes donc que ces battements étaient ceux du cœur du fœtus dont la tête était dans le vagin, d'autant plus que leur siége était en rapport avec la position de cette tête. Dès lors les battements supérieurs et gauches, nous les attribuâmes à un deuxième fœtus, et la grossesse gémellaire ne fut plus douteuse pour nous. Cependant nous fîmes une dernière épreuve, nous auscultâmes *simultanément* les deux points où existaient les deux maximums d'ailleurs si différents par leur intensité et leur résonnance. M. Danyau ausculta en haut et à gauche, j'auscultai en bas et à droite; dans le point indiqué, nous comptâmes chacun, à plusieurs reprises, le nombre de battements: en haut et à gauche, du côté de M. Danyau, il s'élevait à 108 par minute; de mon côté, il y en avait 116. Cette différence dans le rhythme des deux maximums nous permit tout à fait d'affirmer l'existence de deux fœtus dans l'utérus de notre malade.

Les douleurs, quoique énergiques, avaient cependant peu d'effet, précisément à cause de la présence des deux jumeaux. Le travail menaçait donc d'être long, et comme cette femme présentait des symptômes qui pouvaient faire craindre des attaques d'éclampsie (œdème considérable des membres inférieurs et des parois abdominales avec quantité considérable d'albumine dans les urines, quelques éblouissements), on crut prudent de terminer immédiatement l'accouchement par l'application du forceps. Cette opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est un peu d'obstacle à l'introduction de la branche à mortaise, dont l'extrémité allait heurter contre la poitrine du fœtus, à cause de l'état d'extension dans laquelle se trouvait la tête. L'extraction se fit facilement; le petit volume de l'enfant, par rapport à celui de l'abdomen, le développement que conserve l'utérus, et la constatation d'une nouvelle poche d'eau venant faire sail-

lie à travers le col utérin, confirmèrent le diagnostic préalablement établi; en portant le doigt un peu haut, on sentait même la tête du second fœtus. On aurait laissé à la nature le soin de l'expulser si un écoulement de sang assez considérable n'avait suivi l'extraction du premier enfant; l'utérus était cependant revenu sur les parties qu'il renfermait encore. Pour arrêter cette hémorhagie, on fit immédiatement l'extraction du deuxième enfant par la version pelvienne, qui n'offrit rien de particulier.

Les deux enfants sont vivants et du sexe féminin; le premier pèse 2,300 grammes, et le deuxième 3,200.

Immédiatement après l'accouchement, on donna 1 gramme d'ergot de seigle pour favoriser la rétraction de l'utérus. L'écoulement sanguin cesse presque complétement; mais après la délivrance, qu'on fit trois quarts d'heure après l'accouchement, l'hémorrhagie reparut abondante, de manière à compromettre l'existence de la femme. Cependant l'utérus était bien rétracté; on donne une nouvelle dose d'ergot de seigle et on applique les réfrigérants à l'extérieur et à l'intérieur. Malgré ces moyens, il s'écoule toujours un peu de sang *fluide*. On transporte la malade au n° 15, salle Sainte-Marie; là, on place dans le vagin de la charpie et deux éponges imbibées d'eau vinaigrée. L'hémorrhagie semble s'arrêter, mais à six heures du soir il survient des vomissements à la suite desquels elle reparaît; cette fois la malade perd beaucoup de caillots et un peu de sang fluide. On change de linge, on fait des lotions froides, et on introduit un morceau de glace jusqu'au col de l'utérus. L'écoulement sanguin se suspendit encore presque tout à fait; mais à huit heures, la malade eut de fortes tranchées utérines auxquelles succéda un nouvel écoulement assez abondant de sang fluide. Les muqueuses sont complètement décolorées, les traits tirés, les yeux hagards, le pouls à peine perceptible. A neuf heures, M. Danyau vit cette femme et ordonna le tamponnement, en recommandant de bien surveiller le volume de l'utérus. Le tampon est appliqué, et rien de particulier ne se manifeste. On donne une potion éthérée, de la limonade froide, de la glace et un peu de vin de Bagnols.

Le 5 octobre. A quatre heures du matin, cette femme semble un peu mieux; elle est moins pâle; le pouls, qui était imperceptible, commence à se relever un peu; mais cette amélioration n'est pas de longue durée; à onze heures du matin, il survient de nouveau des vomissements. A midi cette femme est dans un état complétement désespéré; le tampon est imbibé de sang, les muqueuses sont tout à fait blanches, les narrines béantes, le regard fixe, les extrémités froides, le ventre ballonné, insensible; le pouls, filiforme, bat 180 fois par minute. Il y a de temps en temps quelques mouvements convulsifs.

On met des sinapismes sur les membres supérieurs.

A trois heures, cette malheureuse rend le dernier soupir.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Décoloration générale des tissus, distension des intestins par du gaz.

L'*utérus* est bien rétracté; il a le volume de celui d'une femme accouchée depuis un jour seulement. Sa surface interne est lisse dans toute son étendue; elle doit cet aspect à une couche de sang noir demi-fluide, demi-solide, répandue dans toute son étendue; il n'existe pas un seul caillot au niveau des orifices des sinus utérins. Du reste, il n'y a, dans les organes génitaux internes et externes, aucune lésion, aucune déchirure. On trouve un corps jaune dans chaque ovaire.

Appareil circulatoire. La veine cave inférieure est presque complétement vide, ses parois sont décolorées; le cœur renferme une très-petite quantité de sang *fluide.* Nulle part on ne peut trouver le moindre caillot.

Organes urinaires. Les reins ont le volume normal; leur couleur est jaune-chamois, surtout dans la substance corticale; les côtes, de substance tubuleuse, quoique moins rouges que d'ordinaire, ont cependant conservé cette couleur. L'enveloppe fibreuse s'enlève difficilement; on entraîne avec elle une légère couche de substance corticale qui lui adhère intimement. En un mot, ces organes offrent, d'une manière évidente, la lésion qui correspond au troisième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer.

Le vessie, revenue sur elle-même, renferme à peu près une cuillerée d'urine trouble. Ce liquide, mis dans un tube, se sépare en deux couches par le repos. La supérieure est formée d'urine claire, transparente, qui, traitée par la chaleur, présente encore de l'albumine; la couche inférieure, jaunâtre, d'apparence purulente, examinée au microscope, n'offre pas un seul globule de pus; elle est formée tout entière par des cellules d'épithélium de forme et de dimensions très-diverses; les unes sont tout à fait semblables à des cellules d'épithélium pavimenteux; les autres, en forme de raquette, sont terminées, à l'une de leurs extrémités, par une queue plus ou moins longue, plus ou moins flexueuse. Quelques-unes ressemblent tellement aux cellules de tissu fibro-plastique, qu'il est impossible de les en distinguer. Enfin il en est d'autres que je ne saurais rapporter à aucune espèce décrite, et que j'ai déjà rencontrées dans l'urine recueillie, après la mort, dans la vessie d'une autre femme albuminurique qui avait eu des attaques d'éclampsie.

Les organes respiratoires n'offrent rien d'anormal; il en est de même des centres nerveux.

XXe Observation. — La nommée Rebour, primipare, âgée de vingt ans, se présenta à la salle d'accouchement, le 18 mars, à sept heures du matin. L'orifice était souple, épais, dilaté de 12 à 15 millimètres. Le sommet se présentait en O. I. G. A. Les membranes étaient entières, l'utérus peu développé ; cette femme est grosse de huit mois seulement.

Les membres inférieurs sont infiltrés, et l'urine contient une quantité considérable d'albumine, $^{19}/_{20}$. Pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue. La face a une couleur normale ; le pouls est fort, plein et lent; saignée de 250 grammes. Il ne se passe rien de particulier pendant l'accouchement, qui est spontané; délivrance naturelle. Au moment où l'on transporte cette femme à son lit, une heure environ après l'accouchement, elle perdit un peu de sang ; par précaution, on retira son oreiller, bien que cela n'eût rien d'inquiétant. Cinq heures après l'accouchement, une nouvelle perte assez abondante eut lieu. L'utérus était assez bien rétracté; on retira deux caillots assez volumineux du vagin, et un autre plus petit, qui était dans le col. On fit une injection et des lotions froides, l'utérus se resserra presque immédiatement sous la main qui le frictionnait; 1 gramme de seigle ergoté fut donné en deux doses, et tout rentra dans l'ordre. Le lendemain, l'urine traitée par la chaleur, ne contient plus que quelques flocons d'albumine et en très-petit nombre. L'infiltration est toujours aussi considérable; elle dure depuis quatre jours avant l'accouchement. Le surlendemain, l'urine est un peu trouble, mais elle ne contient pas d'albumine.

Le 20 mars, cette femme va très-bien; la sécrétion laiteuse ne s'est pas opérée.

Le 21, la tuméfaction des seins s'opère, et le lait s'écoule par le mamelon.

Le 23, la fièvre survint accompagnée de diarrhée, qui céda à la diète et à l'administration d'un quart de lavement laudanum et 2 gros de diascordium.

Le 26, cette femme quitta l'établissement; elle avait encore un peu de fièvre. L'infiltration est presque nulle, le pied gauche seulement est encore œdématié.

XXIe Observation. — La nommée Gallien, primipare, âgée de dix-huit ans et demi, se présenta à la salle d'accouchement le 21 décembre 1848, à six heures du soir.

L'orifice était souple, épais, dilatés de 4 à cinq lignes; la tête se présentait, mais son élévation ne permettait pas de constater la position; les membranes bombaient constamment. Anasarque; les parties génitales seules n'étaient nullement nfiltrées.

D'après les renseignements de cette femme, qui du reste sont très-vagues, l'œdème des membres inférieurs est survenu dans les premiers jours de décembre, et celui de l'abdomen du 15 au 16, sans le moindre malaise; les membres

supérieurs, de même que la face, ne s'infiltrèrent qu'à la fin de la grossesse.

L'urine contient une quantité assez considérable d'albumine. Saignée de 300 grammes; cette déplétion sanguine n'amène aucun changement dans le travail. La nuit se passa très-calme, et le lendemain, 22 décembre, le travail est au même point que la veille; pendant tout le jour, la dilatation ne fait aucun progrès; les contractions sont faibles et surtout très-éloignées.

Le 23, à une heure du matin, les membranes se rompirent; après leur rupture, la tête descendit un peu, et l'orifice revint, peu de temps après sur lui-même.

A six heures du matin, les choses étaient dans le même état. Le même soir, la face était très-colorée, le pouls fort. Seconde saignée de 250 grammes. A neuf heures, un grand bain. Dans la nuit, les contractions ne changèrent point de caractère, et la malade dormit quelques heures.

Le 24. L'orifice était plus dilaté; il était toujours épais, mais plus souple. Les contractions se ranimèrent vers une heure du soir; la dilatation devint plus grande. A trois heures, on fit l'application de forceps. Les tentatives faites pour extraire la tête furent inutiles; on fit la perforation du crâne, et c'est alors qu'on s'aperçut que le fœtus était hydrocéphale. Il s'écoula 1,070 grammes de sérosité; on appliqua le céphalotribe trois fois sans pouvoir extraire la tête.

On recoucha la femme, et on lui fit prendre 2 grammes d'ergot de seigle en trois doses. Les contractions utérines se réveillèrent et devinrent beaucoup plus fortes; la dilatation ne se complétait qu'à mesure que les parties de l'enfant s'engageaient. Dans un moment, la malade eut le regard fixe; elle eut des étourdissements, ce qui fit craindre un instant un accès d'éclampsie; mais ce phénomène ne dura que quelques minutes, et aucun accident n'accompagna l'accouchement qui se fit à sept heures du soir. L'enfant mort, du sexe féminin, pesait 3,750. La délivrance fut naturelle.

Après la délivrance, il s'écoula environ deux verres de sang fluide; l'utérus était cependant parfaitement rétracté, l'orifice interne ne permettait pas même l'introduction du doigt. Peu de temps après, il survint des nausées et quelques vomissements. Cette femme fut transportée à la salle Sainte-Marie, n° 15. La face est pâle, les muqueuses décolorées; il y a de l'agitation. Vers neuf heures, survient une syncope avec perte instantanée de la sensibilité et cessation complète de mouvements; les membres sont froids, le pouls imperceptible. (Sinapismes aux membres inférieurs.) Une demi-heure après, l'agitation reparaît et dure à peu près dix minutes, puis les mouvements cessent complètement, et à dix heures du soir la malade expire.

Autopsie faite le 24, à neuf heures du matin.

Tête. Les os du crâne présentent dans plusieurs points le premier degré de la

production osseuse décrite par M. Ducrest (ostéophytes). Au-dessous de la moitié droite de la tente du cervelet, existe un caillot de sang noir, peu consistant, long de 4 centimètres, large d'un centimètre, épais de 4 à 5 millimètres.

Tout l'encéphale, examiné avec le plus grand soin, ne nous offre rien de particulier. Les ventricules cérébraux ne renferment pas plus de sérosité qu'à l'état normal.

Poitrine. Un tiers de verre de sérosité citrine dans la péricarde. Le tissu du cœur est un peu décoloré; il est du reste assez ferme.

Les plèvres contiennent environ chacune un verre de sérosité citrine. Les deux poumons sont parfaitement sains.

Abdomen. La cavité péritonéale renferme à peine un verre de sérosité citrine. Pas de trace de péritonite.

L'*utérus* parfaitement rétracté est incliné à droite; il renferme un caillot de sang noir, pesant 125 grammes, adhérant au point qui répond à l'insertion du placenta. Toute la surface interne est lisse ; elle a une couleur grise jaunâtre. Le corps jaune existe dans l'ovaire droit.

Les reins sont volumineux; ils pèsent : le droit, 125 grammes; le gauche, 130 grammes; leur consistance est normale. La substance corticale a une couleur jaune fauve assez prononcée, elle est hypertrophiée. La membrane fibreuse s'enlève assez facilement; dans quelques points cependant, elle entraîne avec elle une couche mince de substance corticale. Les calices et le bassinet contiennent un liquide qui, examiné au microscope, se montre tout entier composé de cellules épithéliales, de forme et de grandeur très-variées. On y retrouve aussi des éléments de tissus fibro-plastiques à différents degrés de développement, et enfin quelques fragments de tubes fibrineux grisâtres provenant probablement du tubulé. La surface interne de ces réservoirs est légèrement injectée.

XXIIe Observation. — Renault, vingt-huit ans, culottière, primipare, entrée à la Maternité le 2 mai 1849. Cette femme, d'une taille moyenne, d'une constitution ordinaire, d'un tempérament nerveux, d'une bonne santé habituelle, fut réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans. Depuis ce moment, elle le fut toujours régulièrement tous les mois, pendant trois jours, assez abondamment. Il y a quatre ans, cette femme cessa, pendant six mois, de voir ses règles; Au bout de ce temps, l'écoulement menstruel reparut sans accident, comme il avait cessé ; seulement il fut un peu plus abondant, le sang qui le formait était liquide. C'est, du reste, la seule fois que cette femme éprouva un retard.

Elle eut sa dernière époque menstruelle à la fin de juillet; elle est accouchée le 2 mai, elle était par conséquent à terme.

Elle entra en travail le 2 mai 1849, monta à la salle d'accouchement, et accoucha le même jour, à neuf heures du matin, après un travail de cinq heures

et demie, d'une fille à terme, bien développée, pesant 3,500 grammes, présentant le sommet. Délivrance naturelle.

A son entrée, cette femme offrait une infiltration considérable des membres pelviens, remontant jusqu'au tiers supérieur des cuisses. Cette infiltration est telle, jusqu'aux genoux, que la peau est fortement tendue, lisse, d'une couleur blanche mate. La malade prétend que cet œdème ne date que de trois semaines; il n'en aurait pas existé du tout pendant tout le reste de la grossesse. Pas de douleurs lombaires dans le cours de la grossesse. Avant l'accouchement et pendant le travail, pas de céphalalgie, pas de brouillard devant les yeux, pas de tintements ni de bourdonnements d'oreilles.

Les urines, examinées trois quarts d'heure après l'accouchement (il me fut impossible de le faire avant), sont limpides, colorées en rouge, fortement acides; elles renferment un tiers d'albumine.

Immédiatement après la délivrance, légère hémorrhagie; mais l'utérus (col) n'était pas très-bien rétracté. On donne 1gr,50 d'ergot de seigle en trois doses, à cinq minutes d'intervalle; la rétraction se complète, l'hémorrhagie cesse, pas d'éclampsie.

Trois heures après l'accouchement,		$^1/_5$	d'albumine.
Quatre heures $^3/_4$	id.,	$^1/_5$	id.
Huit heures	id.,	0	id.

Les urines ont alors (huit heures après l'accouchement) changé d'aspect; elles ont recouvré leur couleur normale.

Le 2 mai, dix heures du soir. Déjà l'infiltration a notablement diminué, la tension de la peau des jambes est beaucoup moindre.

Le 3 mai. L'œdème va toujours en diminuant; il est cependant encore assez considérable. Du reste, état général bon, suites de couches naturelles.

Le 4 mai. L'œdème a complétement disparu dans les cuisses et les jambes, ces parties ont recouvré leur volume ordinaire, la peau sa couleur; elle est cependant un peu plus foncée. Il reste encore très-peu d'infiltration autour des malléoles, mais elle est à peine marquée; il faut y regarder de très-près pour la reconnaître; l'impression du doigt s'y produit cependant quand on l'y a laissé un peu de temps. Les pieds n'ont rien.

Le 7. Cette femme va très-bien; elle sort aujourd'hui.

XXIIIe Observation. — Hénin, âgée de trente-six ans, blanchisseuse, multipare, cinquième grossesse, entrée à la Maternité le 5 mars 1849. Cette femme, d'une haute stature, d'un tempérament sanguin, d'une santé excellente, fut réglée pour la première fois à l'âge de seize ans. Depuis ce moment, elle continua de l'être assez abondamment, tous les mois, pendant huit jours.

Pas le moindre malaise pendant la grossesse, jamais de douleurs lombaires; infiltration des membres inférieurs datant de son entrée dans la maison (5 mars), où elle faisait le service du réfectoire des femmes enceintes.

Ne se souvient pas de sa dernière époque menstruelle.

Le jeudi, 31 mai, cette femme accoucha, à dix heures du soir, d'un garçon qui ne paraît pas à terme si on en juge d'après son volume et son poids, le développement de ses ongles, etc. etc. Il paraît être de huit mois; il pèse 2,250 gr. Il présentait le sommet. Durée du travail, quatre heures; délivrance naturelle.

Au moment de l'accouchement, infiltration considérable des pieds et des jambes effaçant toutes les formes du membre, pas d'œdème aux cuisses, paupières tuméfiées.

Pendant le travail, l'urine est lactescente, assez fortement acide, et renferme $1/3$ d'albumine.

Une $1/2$ heure après l'accouch.,	même couleur,	même acidité,	$2/3$	d'albumine.
3 heures	id.	couleur jaune rougeâtre,	$2/3$	id.
5 heures	id.	coloration normale,	$1/2$	id.
10 heures	id.	id.	$1/3$	id.
13 heures	id.	id.	$1/3$	id.
16 heures	id.	id.	$1/3$	id.
19 heures	id.	id.	$1/4$	id.
25 heures	id.	id.	$1/5$	id.
	(La couleur est un peu moins foncée.)			
28 heures	id.	id.	$1/5$	id.
31 heures	id.	id.	$1/7$	id.
	(Les urines deviennent de plus en plus pâles.)			
40 heures	id.	id.	$1/30$	id.
	(Urines incolores.)			
47 heures	id.	id.	$1/40$	id.
	(Id.)			
57 heures	id.	id.	$1/12$	id.
	(Les urines sont redevenues plus colorées.)			
68 heures	id.	id.	$1/9$	id.
	(Coloration normale.)			
73 heures	id.	id.	$1/6$	id.
80 heures	id.	id.	0	id.
	(Urines légèrement troubles.)			

Immédiatement après la délivrance, c'est-à-dire trois quarts d'heure après l'accouchement, cette femme perdit une quantité assez considérable de sang; on

retira du col de l'utérus et du vagin une grande quantité de caillots sanguins. 2 grammes d'ergot de seigle en deux doses furent administrés par la bouche; l'utérus se rétracta fortement, et cependant un écoulement de sang *fluide, peu coloré,* n'en continua pas moins d'avoir lieu jusqu'à deux heures du matin, c'est-dire quatre heures après l'accouchement.

Cette femme, d'une forte constitution, fut peu affaiblie par cette perte; il n'y eut pas de syncope, seulement la figure devint pâle et légèrement jaunâtre; les lèvres et les muqueuses se décolorèrent, devinrent pâles.

Le 1er juin. Cette femme va très-bien, tout écoulement sanguin a cessé, il n'y a plus que des lochies rougeâtres, comme toujours cela arrive dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Le 2. La sécrétion laiteuse commence, elle se fait normalement.

Le 5. L'œdème a complétement disparu, excepté autour des malléoles; état général bon. L'enfant, quoique peu développé, ne paraît pas souffrir; il tette bien. (1 portion.)

Le 7. Va toujours bien. (2 portions.)

Le 9. Sort aujourd'hui très-bien portante; encore une très-légère infiltration autour des malléoles.

XXIVe Observation. — Lanique, âgée de trente-sept ans, domestique, multipare, deuxième grossesse, entrée à la Maternité le 9 juin 1849. Réglée à seize ans, régulièrement toutes les trois semaines, pendant quatre ou cinq jours, assez abondamment.

L'infiltration date d'un mois.

Cette femme entra en travail le 9 juin 1849, à minuit; les eaux s'étaient déjà écoulées, les membranes s'étaient rompues depuis la veille. Le travail fut long; elle n'accoucha que le 11, à onze heures trois quarts du matin, d'un garçon mort, à terme, pesant 3,800 grammes, présentant le sommet (O. I. D. P.), après un travail de trente-six heures; délivrance naturelle.

Au moment de l'entrée de cette femme à l'hôpital, les membranes étaient rompues depuis la veille, une grande partie du fluide amniotique écoulée; les contractions, faibles et irrégulières, avaient surtout leur siége dans les reins; l'orifice utérin, souple, un peu épais, offrait une dilatation de 2 centimètres seulement.

Le 10, à sept heures et demie. Les choses n'avaient pas notablement changé; il s'écoulait de temps en temps un peu de liquide amniotique teint de méconium; la tête était basse et bien fléchie.

Il était survenu un peu de fièvre et des vomissements bilieux. A huit heures

du soir ; on lui fit donner un quart lavement avec douze gouttes de laudanum de Sydenham, puis un bain de siége; les douleurs se calmèrent un peu. Cette femme sommeille à plusieurs reprises. A ce moment, les bruits du cœur fœtal, encore irréguliers, étaient fort obscurs.

Le 11, à six heures du matin. La fièvre a augmenté, la face est très-colorée ; l'orifice utérin est un peu dilaté, mais moins souple qu'hier ; il est épais par places.

On pratique une saignée de 250 grammes.

A neuf heures, on met la malade dans un grand bain, où elle reste une heure et demie. Les douleurs sont un peu plus rapprochées, plus fortes ; elles s'accompagnent d'efforts qui deviennent plus efficaces ; car, à la sortie du bain, la dilatation est presque complète ; la tumeur de la tête commence à s'engager.

Peu de temps après, vers dix heures, la tête franchit l'orifice. A ce moment, les battements du cœur fœtal ont complétement cessé. On donne 1 gramme d'ergot de seigle en deux doses, à six minutes d'intervalle ; on fait tenir la malade debout ; alors la tête vient s'appliquer sur le plancher du bassin, la vulve se dilate facilement, et, à onze heures trois quarts, l'accouchement se termine.

Immédiatement après la délivrance, qui fut facile, on retire quelques caillots de sang ; on donne une troisième dose d'ergot, et l'hémorrhagie cesse complétement.

Au début du travail, les urines, colorées en rouge, un peu troubles, acides, contiennent $^1/_{25}$ environ d'albumine.

A la fin du travail, $^1/_6$.

Une demi-heure après l'accouchement, $^1/_{20}$ (même aspect).

Deux heures — (plus de trace d'albumine).

Les urines sont encore un peu rouges et acides.

Le 15. Il y a toujours de la fièvre ; la sécrétion laiteuse s'est faite, le ventre n'est pas douloureux, rien n'explique ce mouvement fébrile très-intense.

Dans la journée, plusieurs frissons irréguliers très-intenses, dont l'un a duré une demi-heure.

Ce soir, à la visite, céphalalgie, injection des conjonctives ; pouls plein, dur, large, fréquent, à 120.

Saignée de 300 grammes ; sang peu couenneux.

Le 16. Toujours beaucoup de frisson ; rien qui puisse l'expliquer. (Boissons délayantes, diète.)

Le 17. Frissons irréguliers, sueur abondante.

Le 19. Depuis le 17, au soir, il n'y a plus de frisson ; la fièvre est moindre ; il reste de la diarrhée, et des eschares à la face interne des grandes lèvres, avec

un gonflement œdémateux inflammatoire assez considérable. (Quart lavement amidonné et laudanisé, riz, diascordium.)

Le 20. La diarrhée a beaucoup diminué, il n'y a plus de fièvre. (Même traitement, 2 bouillons.)

Le 21. Plus de diarrhée, plus de fièvre; il ne reste que les eschares, qu'on panse avec la charpie et la poudre de quinquina, après les avoir lavés avec l'eau de guimauve chlorurée. Appétit. (1 portion.)

Le 22. Le rétablissement est complet. (2 portions.)

Le 26. Les eschares sont guéries. Cette femme sort de l'hôpital.

XXVe Observation. — Godet, âgée de vingt-six ans, peintre en éventails, multipare, troisième grossesse, entrée à la Maternité le 8 juin 1849. Réglée à treize ans; depuis cette époque, irrégulièrement et très-peu abondamment, pendant trois jours; retards fréquents. Elle ne se souvient pas de sa dernière époque menstruelle.

Elle monte à la salle d'accouchement le 8 juin; elle y accouche, à minuit, d'un garçon à terme, bien développé, pesant 3,500 grammes, présentant le sommet, après un travail de sept heures; délivrance naturelle.

Immédiatement après la délivrance, légère hémorrhagie; de simples injections et des lotions froides suffisent pour l'arrêter. L'utérus était bien rétracté.

Quand cette femme est arrivée à la salle d'accouchement, elle offrait une infiltration peu considérable des jambes, datant de trois semaines; pas de douleurs lombaires pendant la grossesse.

Le 9. Aujourd'hui cette femme se trouve bien; les jambes ne sont plus du tout œdématiées.

L'enfant se porte bien.

Les urines, très-rouges, épaisses, acides, une heure avant l'accouchement, contiennent un quart d'albumine. Le dépôt albumineux est d'un rouge très-foncé, à cause de la grande quantité de globules sanguins que l'albumine emprisonne et que l'on reconnaît facilement dans les plaques d'albumine au moyen du microscope.

Une heure après l'accouchement,		acide,	$^1/_4$ d'albumine	rouge.
Quinze heures	id.,	acide,	$^1/_6$ id.	moins rouge.
Trente heures	id.,	peu acide,	id.	lég. colorée.

Le 10. Dans la nuit du 9 au 10, la sécrétion laiteuse a commencé. Aujourd'hui elle se sent très-bien; l'enfant tette très-bien. La femme ne souffre nullement. (2 bouillons, 1 portion, 2 soupes.)

Le 11. Suites de couches normales. (Même régime.)

Le 14. Cette femme veut absolument sortir; on lui donne son *exeat*.

VIIe CATÉGORIE.

Albuminurie sans infiltration; éclampsie; hémorrhagie.

XXVIe Observation. — Thomas, âgée de vingt-huit ans, couturière, primipare, entrée à la Maternité le 29 octobre 1849. Cette femme, d'une stature moyenne, d'une constitution assez forte, fut apportée à la Maternité le 29 octobre 1848, à deux heures trois quarts du matin. Elle était à ce moment dans la période de coma d'une attaque d'éclampsie dont elle avait été prise chez elle. On voit au-dessus de l'œil droit, sur la région frontale une tumeur sanguine qui s'est évidemment produite dans une chute qu'elle aura faite pendant la première attaque. Dans le transport de la porte à la salle d'accouchements, survient une deuxième attaque (la première que nous puissions voir).

A trois heures moins un quart, coma ; la tête a franchi l'orifice utérin, elle est derrière la vulve et se présente en O. I. G. A. On n'entend pas les battements du cœur du fœtus ; la face est rouge, les yeux fermés, la respiration stertoreuse, le pouls plein et fréquent ; avec cela, perte complète de l'intelligence et des sens ; retour incomplet de la sensibilité.

On vide la vessie par le cathétérisme ; elle contenait à peu près un verre d'une urine fortement colorée en rouge qui fournit un précipité albumineux considérable ($^5/_6$ en volume). *Pas la moindre trace d'œdème sur aucune partie du corps.* On termine immédiatement l'accouchement par l'application du forceps. L'opération ne présente rien de particulier, elle dure sept à huit minutes. Pendant tout ce temps, la malade pousse des plaintes sourdes, inarticulées et inintelligibles ; ces plaintes cessent aussitôt que la tête a franchi l'orifice vulvaire, elles recommencent au moment du passage des épaules, puis cessent définitivement.

A trois heures et demie, troisième attaque, précédée par des contractions partielles et convulsives des muscles de la face. La tête et les globes oculaires sont portés en haut et à droite, ainsi que la bouche, de laquelle sort une écume rosée teinte par le sang provenant des morsures de la langue. Les membres et le tronc s'agitent de mouvements peu étendus, le pouce de chaque main est fortement fléchi dans la gouttière formée par les autres doigts repliés dans

la paume de la main; avec cela, perte complète des facultés intellectuelles et sensoriales, dilatation et immobilité des pupilles. On peut impunément approcher une lumière de la cornée, sans que l'ouverture pupillaire change de diamètre, sans que les paupières se rapprochent. La période convulsive de cette attaque ne dure pas plus de soixante et quinze secondes.

L'utérus est bien revenu sur lui-même, le placenta s'est engagé dans le col; pas d'hémorrhagie.

Dix minutes après l'accouchement, on procède à la délivrance, qui n'offre rien de particulier. De légères tractions sur le cordon suffisent à extraire le placenta, qui sort presque de lui-même.

Immédiatement après la délivrance (quatre heures moins dix minutes), quatrième attaque, semblable à la précédente; la période convulsive dure une minute et demie. Le pouls est toujours plein, vibrant. On pratique une saignée de 550 grammes.

Après la saignée, le pouls est faible, mou, intermittent; il existe un temps d'arrêt toutes les trois pulsations; on ne peut les compter tant on le déprime facilement.

A quatre heures cinq minutes, la sensibilité est revenue; la pupille se dilate et se resserre sous l'influence de la lumière; la résolution est complète.

A quatre heures et demie, cinquième attaque, ne différant des précédentes qu'en ce que la tête et les yeux sont portés en haut et à gauche, au lieu de l'être vers la droite; la période convulsive dure une minute et demie; le coma avec respiration ronflante se prolonge jusqu'à cinq heures moins un quart; pas d'hémorrhagie. A partir de cinq heures, la respiration devient naturelle et paisible; la sensibilité a reparu. La malade semble plongée dans un sommeil profond et lourd dont rien ne peut la tirer; elle ne paraît pas entendre les questions qu'on lui adresse; le pouls s'est relevé, il bat environ 100 fois par minute, il n'est plus intermittent.

Au moment de la naissance, l'enfant n'a pas de battements au cœur, pas de pulsations dans le cordon; sa face est violacée, livide, tout le reste du corps est rouge; il est évident qu'il est mort asphyxié.

A six heures et demie du matin, cette femme commence à parler, mais on ne comprend pas ce qu'elle dit; elle avale, sans trop de difficulté, une cuillerée de potion éthérée.

A huit heures du matin, en la stimulant fortement, on obtient quelques paroles lentes et mal articulées; elle dit se nommer Julie Thomas, être née à Épinal. La sensibilité est tout à fait revenue; cette femme ne croit pas être accouchée; l'excrétion urinaire ne se fait pas; on retire de la vessie, au moyen de la sonde, une

assez grande quantité d'urine très-rouge, qui, traitée par la chaleur, laisse déposer les $^5/_6$ d'albumine en volume.

De chaque côté de la partie inférieure du vagin, existe une déchirure très-superficielle de 3 centimètres environ d'étendue, disposée perpendiculairement à l'axe du vagin.

A dix heures, toujours même somnolence, même difficulté dans la déglutition. On donne le 6e paquet de calomel de 0gr.,10.

A onze heures, la langue paraît un peu moins embarrassée. (8e paquet de calom.)

A midi, pas de changement notable. (10e paquet de calomel.)

A une heure, pas de douleur dans le ventre; pouls à 96; l'écoulement lochial s'établit. La malade se plaint de souffrir de la langue; elle est, en effet, déchirée en plusieurs endroits. Les yeux s'ouvrent difficilement; ils sont douloureux, on n'y distingue rien.

A cinq heures du soir, même état; ne veut pas encore croire qu'elle est accouchée: une garde-robe, pas d'excrétion urinaire. (Cataplasme laudanisé.)

Le 30 octobre. La nuit a été assez bonne, il y a eu plusieurs garde-robes, quelques douleurs dans l'hypogastre. (Cataplasmes laudanisés.) Urine rouge contenant beaucoup moins d'albumine.

Six heures du soir. La douleur du ventre est devenue très-vive, la pression est très-douloureuse; le pouls, plein et fréquent, bat 148 fois par minute; la face est rouge. (30 sangsues sur l'épigastre, cataplasme laudanisé, tilleul sucré, potion calmante.)

Le 31. La nuit a été assez calme, le ventre est moins douloureux, les maux de tête ont presque entièrement disparu; le pouls bat encore 148 fois; la peau est encore chaude. (Tilleul, orangeade sucrée, 2 pots, potion antispasmodique; diète absolue.)

L'urine a repris sa couleur normale, et la chaleur n'y décèle plus la moindre parcelle d'albumine. Cette matière a donc cessé complétement de passer par les voies urinaires, trente heures après l'accouchement. (Citrate de magnésie.)

Le 1er novembre. Le citrate de magnésie a occasionné 3 garde-robes; la nuit a été calme, le ventre n'est presque plus douloureux, l'excrétion de l'urine est toujours impossible. Le pouls ne bat plus que 123 fois; la face est toujours un peu colorée. (Tilleul, orangeade sucrée, 2 pots, potion calmante; 2 bouillons.)

Le 2. Bonne nuit, plus de douleurs dans le ventre; urine et garde robe naturelles; seulement on est toujours obligé de pratiquer le cathétérisme. Pouls à 120 puls. (Même prescription.)

Le 3. Le mieux fait des progrès, la malade ne souffre plus que des eschares qui se sont formées dans la partie inférieure du vagin; pouls à 100 puls. (Lotions, poudre de lycopode; bouillons, potage.)

Le 4. Plus de fièvre, plus de douleurs, autres que celles causées par les eschares du vagin ; appétit. (1 portion.)

Le 5. Même état, même prescription, même régime.

Le 6. Toute la journée s'est très-bien passée; puis le soir, à dix heures un quart, sans cause appréciable, hémorrhagie utérine survenant tout à coup (250 grammes de sang noirâtre fluide). Cet écoulement sanguin ne dure que trois ou quatre minutes. Le pouls est petit, fréquent, filiforme ; il existe une pâleur considérable de la face, les muqueuses sont décolorées, la faiblesse est extrême. (Potion avec ergot de seigle, 2 grammes.)

Pendant la nuit, pas de nouvelle hémorrhagie.

Le 7, à six heures du matin, même état général ; faiblesse plus grande encore du pouls ; froideur des extrémités. (Potion antispasmodique, bouillon froid.)

Le 7, à huit heures du matin. Dilatation considérable des pupilles, trismus très-marqué, impossibilité d'écarter les arcades dentaires de plus d'un centimètre, intelligence nette ; pouls un peu fort, à 112 : embarras extrême de la parole. La malade affirme qu'elle n'a ressenti aucune roideur dans les mâchoires avant l'hémorrhagie. Cathétérisme. (Même prescription, même régime; frictions avec huile de camomille camphrée et laudanisée.)

Le 8. Le trismus va en augmentant. (Mêmes frictions, ouate autour des joues.)

Le soir, il est impossible d'écarter les arcades dentaires. (Chloroforme.)

Avant les inspirations de chloroforme, pouls à 130; les muscles masséters sont extrêmement roides, ceux du cou commencent à le devenir, surtout les arrières, d'où la tendance à l'opisthotonos ; difficulté très-grande dans la déglutition.

L'insensibilité n'est obtenue qu'au bout de trois minutes, à cause de l'irrégularité avec laquelle cette femme respire. Pendant cet état, la roideur des masséters et des muscles du cou reste au moins aussi grande qu'auparavant, on observe même des contractions spasmodiques de l'orbiculaire des lèvres et des doigts, le pouce s'écarte considérablement des autres doigts; le pouls reste plein, sa fréquence à peu près la même. Au bout de vingt minutes, la sensibilité est complétement revenue, la malade pousse alors des cris et des gémissements inarticulés.

Le 9. Même état des mâchoires ; opisthotonos bien marqué, accompagné de douleurs vives dans les muscles contractés convulsivement. La déglutition est complétement impossible ; je suis obligé d'introduire les liquides dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne. (Laudanum sur les joues, 15 sangsues au cou ; potion avec 0,15 d'extrait gommeux d'opium.)

A quatre heures et demie, il y a un peu moins de tension dans le cou, la flexion de la tête sur la poitrine est devenue possible, la malade peut articuler quelques paroles, tandis qu'à midi, en soulevant la nuque, on dressait la malade sur son séant comme une tige inflexible depuis le sommet de la tête jusqu'au bassin. Les membres ne sont nullement roides, il en est de même des muscles du ventre. La respiration est devenue courte, haute, diaphragmatique; les muscles de la poitrine ont commencé à se contracter convulsivement. (Bain de vapeurs, potion avec extrait gommeux d'opium, 0,60; nouveau cathétérisme œsophagien pour ingérer la potion.)

A dix heures du soir, la légère rémission qui avait eu lieu a cessé promptement; même état qu'auparavant; de plus, narcotisme léger produit par la potion, sueur, resserrement des pupilles; pouls petit, fréquent, à 144.

Le 10, la roideur a encore augmenté, les paupières sont fermées; la respiration, très-fréquente, est à peine sensible. Cette femme est dans un état de mort apparente, les mains sont le siége de petits mouvements convulsifs.

A minuit, cette malheureuse expire.

Autopsie faite trente-trois heures après la mort.

Centres nerveux. Les enveloppes de l'encéphale n'offrent rien de remarquable, si ce n'est une injection des veines dépendant du genre de mort (asphyxie). Les enveloppes de la moelle, au contraire, offrent quelques particularités.

La dure-mère, à sa face interne, a une couleur rose très-intense. Cette coloration est uniforme; c'est une teinte générale dans laquelle on ne distingue pas de vaisseaux injectés. La pie-mère et l'arachnoïde viscérale ne présentent rien d'anormal.

Après l'ouverture du rachis, on trouve, en dehors de la dure-mère, dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit aux os, une sérosité rouge-groseille assez abondante, de consistance comme sirupeuse. Les muscles des gouttières vertébrales sont légèrement infiltrés d'une sérosité offrant les mêmes caractères.

La substance de l'encéphale et celle de la moelle, examinées avec soin, ont leur couleur et leur consistance normales.

Les reins sont le siége d'une très-légère injection vasculaire. M. Rayer n'y trouve cependant pas les caractères de la néphrite albumineuse, même au premier degré. Les calices et le bassinet contiennent un liquide rouge peu transparent, qui, examiné au microscope, se montre formé tout entier par des cellules d'épithélium, de forme et de grandeur si variées, que nous avons déjà rencontrées dans le dépôt urineux pris dans la vessie, après la mort, sur deux femmes qui avaient présenté de l'albumine dans les urines.

Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter, si ce n'est l'injection veineuse, causée par le genre de mort (asphyxie).

XXVIIe Observation. — Nathier, âgée de vingt-un an, domestique, primipare, entrée à la Maternité le 7 mars 1849. Cette femme, bien conformée, d'une grandeur moyenne, née de parents qui, à son dire, n'ont jamais eu de convulsions, fut réglée pour la première fois à l'âge de seize ans; depuis cette époque, elle continua de l'être régulièrement tous les mois, pendant six jours, abondamment; cette fonction s'établit sans être accompagnée d'aucun phénomène particulier.

Cette femme arriva à la salle d'accouchement le 7 mars, à trois heures du soir. Les contractions étaient fortes; l'orifice utérin souple, mince, dilaté de deux centimètres environ. Les membranes étaient entières; la tête se présentait en O. I. G. A., elle était assez basse. Le travail marcha avec rapidité, la rupture des membranes se fit à six heures et demie; à sept heures, elle accoucha d'une fille vivante, à terme, pesant 3,500 grammes, après vingt et une heures de travail.

Dix minutes après l'accouchement, cette femme fut prise subitement, sans qu'il ait été possible d'observer aucun phénomène précurseur, de mouvements convulsifs dont l'ensemble caractérisa une attaque d'éclampsie très-franche. Cette première attaque dura une demi-minute; pendant l'attaque, les yeux roulèrent d'abord dans les orbites, puis bientôt ils se fixèrent en haut et à gauche; en même temps, la tête se tourna du même côté; la langue ne fut pas projetée au dehors; la face était d'une pâleur livide, les lèvres fortement agitées. Les avant-bras se mirent en supination pendant que les doigts se fléchirent fortement; le tronc s'arquait en arrière; les membres abdominaux tournaient en dedans, et étaient agités de mouvements convulsifs peu étendus; pendant l'accès, perte complète de la sensibilité et des facultés intellectuelles, qui revinrent promptement.

Bientôt la malade répondit nettement aux questions qu'on lui adressait; elle se plaignait d'une vive céphalalgie frontale. Le pouls était petit, serré, fréquent. Délivrance naturelle. Quoique l'utérus fût bien dur et très-rétracté, immédiatement après la délivrance, il s'écoula un peu de sang fluide. On sonda la femme, l'urine fut tout entière transformée en concrétion albumineuse.

On transporta cette femme à la salle Ste-Marthe, n° 2; elle perdait toujours un peu. A neuf heures et demie, un deuxième accès, semblable au premier par ses caractères et sa durée. Comme l'hémorrhagie continuait, on donna 1 gramme de seigle en une seule dose. A neuf heures trois quarts, on introduisit la main dans l'utérus, et on en retira trois caillots, ayant chacun le volume d'un œuf; immédiatement survint un troisième accès. Cette fois suivit un coma très-profond, la respiration devint bruyante. A dix heures et demie, un quatrième accès,

sans que le coma eût cessé, dura environ une minute. Quoique peu abondant, l'écoulement sanguin par la vulve continuait.

A onze heures, cinquième accès, puis ensuite un tous les quarts d'heure, jusqu'à deux heures et demi du matin; ce qui fait en tout 19 attaques.

Dans l'intervalle de ces attaques, agitation extraordinaire de tout le corps.

Depuis deux heures et demie, les attaques ne revinrent plus que toutes les demi-heures, le coma ne cessait que pour faire place aux mouvements convulsifs.

A trois heures du matin, beaucoup d'agitation.

A cinq heures, un accès accompagné de vomissements de liquides verdâtres.

A cinq heures et demie, vingt et unième accès avec beaucoup d'écume à la bouche.

A cinq heures trois quarts, vingt-deuxième accès. A six heures trois quarts, vingt-troisième accès, très-court; le pouls bat 124 fois par minute. On pratique une saignée de 450 grammes; après la saignée, le pouls est devenu plus plein, plus développé.

A sept heures et demie, vingt-quatrième accès très-violent; mouvements convulsifs plus intenses qu'ils ne l'ont encore été, face violacée.

A huit heures, calme; l'intelligence n'est pas encore revenue, face rouge.

A huit heures et demie, on place huit sangsues derrière chaque oreille. (0,05 de calomel en dix paquets, à faire prendre de demi-heure en demi-heure, aussitôt que la malade pourra avaler.)

On sonde la malade. L'urine est d'un rouge foncé; elle se trouble très-vite par le refroidissement et prend une couleur jaunâtre. Celle d'hier, conservée dans une bouteille, n'a pas subi ce changement de couleur; sa couleur rouge est due à une grande quantité de globules sanguins qu'on y découvre avec le microscope; elle contient aussi beaucoup d'acide nitrique. L'urine de ce matin (8 mars) n'offre plus qu'un tiers d'albumine.

Le 8, au soir. Il n'y a pas de nouvel accès; le coma a persisté jusqu'au 9, à une heure du matin. A partir de ce moment, la malade a pu répondre aux questions qu'on lui adressait. Plus d'hémorrhagie.

Le 9. Ce matin, à la visite, cette femme est encore un peu inquiète; mais l'agitation d'hier a cessé; ce qui tourmente le plus cette malade, c'est une très-grande altération. La peau est naturelle, le pouls ne bat que 100 fois par minute, il y a un peu de céphalalgie. On donne un grand bain, en ayant le soin de maintenir des compresses d'eau froide sur le front; après le bain, cette femme sommeille paisiblement.

Le calomel administré hier et cette nuit n'a pas encore produit de garde-robe.

Les urines retirées ce matin de la vessie sont encore très-rouges, elles sont plus claires que celles d'hier, elles offrent à peine un léger nuage.

Le soir, céphalalgie, encore un peu d'agitation. (10 sangsues derrière les oreilles.)

Le 10. Bien général complet, plus autant d'altération; bonne nuit. Moiteur de la peau; pouls régulier, peu fréquent, 100 pulsations. Pas de douleurs abdominales, pas de céphalalgie. (2 bains, 2 lav.; g. s. potion antispasmodique.)

Le 11. Bien confirmé; bon sommeil, peau fraîche, pouls tranquille, appétit. Cette femme nous raconte que, depuis l'âge de quatorze ans, elle a régulièrement tous les mois, à la suite de l'écoulement menstruel, une attaque de nerfs dans laquelle elle perd connaissance pendant un temps variable de quinze à trente minutes. Pendant ces attaques, elle a de l'écume à la bouche et une agitation très-grande. Ces attaques, qui sont évidemment de l'épilepsie, sont venues, à ce que dit la malade, à la suite d'une émotion morale vive, causée par la mort d'un de ses parents, qu'elle apprit tout à coup brusquement, sans aucune préparation. Aucun de ses parents, père, mère, frères, sœurs, cousins, n'ont jamais rien éprouvé de semblable.

Le 13. Le bien continue; un peu de bronchite légère, sans fièvre. (1 portion.)

Le 14. Cette femme va tout à fait bien. (2 portions.) Elle demande son *exact*, qui lui est accordé.

XXVIIIe Observation.—*Albuminurie, oblitération des veines rénales par des caillots anciens.* Marie Prose, âgée de trente-cinq ans, nourrice à la Maternité, entre à l'infirmerie le 5 janvier 1849. Accouchée depuis six semaines; couche laborieuse; lochies arrêtées subitement le quatrième jour, à la suite d'une émotion morale; revenues ensuite.

Cette femme était parfaitement rétablie de cet accident quand, il y a trois semaines, elle resta exposée, pendant plus d'une heure, à un froid intense; l'écoulement lochial fut de nouveau brusquement supprimé, et le lendemain survint un frisson prolongé, puis bientôt fièvre intense pendant quatre jours, qui se calme en laissant se dessiner une douleur hypogastrique assez vive.

Le 6 janvier. On trouve l'utérus très-volumineux et dépassant beaucoup le pubis; le col remonté, tuméfié, mou, douloureux et chaud; pas de gonflement des annexes de l'utérus; douleurs spontanées, exaspérées par la pression et par la miction; constipation, pas de fièvre.

Le 14. Courbature, fièvre, oppression; douleur vive s'irradiant de l'hypogastre jusque dans l'hypochondre droit.

Le 16. Beaucoup d'anxiété et de dyspnée, fièvre intense, constipation, pas de taches typhoïdes. L'auscultation révèle du râle sous-crépitant à la base du poumon droit, en arrière. Toux fréquente amenant avec peine quelques filets de mucus aéré très-visqueux.

Le 17. Les accidents thoraciques et la réaction augmentent, 135 pulsations. On pratique une saignée de 400 grammes. Caillot couenneux fortement rétracté en capsule, sérum lactescent.

Le 18. 112 pulsations. (Datura.)

Le 20. Les accidents s'aggravent. (Saignée de 300 gr., antispasmodiques.)

Le lendemain, on s'inquiète d'une certaine bouffissure de la face et d'une pâleur qui contraste avec le teint fleuri et l'apparence de bonne santé que présentait cette femme au moment de son entrée à l'infirmerie. Les urines sont très-foncées en couleur; il s'y forme un dépôt dans le tiers inférieur du vase conique dans lequel on les a mises; le liquide surnageant n'est pas limpide; traité par la chaleur et l'acide nitrique, il se prend en masse. Le dépôt, examiné au microscope, est constitué par du pus, des cellules épithéliales et des vermisseaux de matière fibrineuse diversement configurés et qui semblent des caillots moulés dans les conduits urinifères, et principalement dans ceux de la substance corticale.

Les jours suivants, l'anasarque augmente, la fièvre diminue, et les râles humides remplacent le râle sibilant.

Le 28. Apparition d'une roséole qui semble critique, car elle coïncide avec une diminution brusque de l'œdème de tout le corps. La voix, qui était éteinte par suite d'un œdème de la glotte, est un peu revenue. L'éruption disparaît en vingt-quatre heures; l'amendement persiste trois jours.

Le 31. La fièvre reprend de la force, il survient de la diarrhée; on entend du râle crépitant fin à droite, et surtout à gauche; enfin l'orthopnée devient excessive, l'inspiration surtout est difficile; agitation, délire aigu, puis coma, subdélirium.

Morte le 11 février.

Autopsie vingt-six heures après la mort. — Volume énorme du sujet, dû à l'infiltration séreuse; rigidité nulle, lividité dans les points déclives et même sur la face.

Péritoine contenant une grande quantité de sérosité ambrée, anses intestinales blanchies par la macération, membrane muqueuse de l'intestin grêle œdématiée, foie et rate sans lésions appréciables, pas de trace de péritonite.

Utérus volumineux, sinus correspondants à l'ouverture placentaire remplis de caillots anciens, décolorés et plus ou moins altérés.

Les reins présentent tous deux des altérations de même nature, mais le droit est plus malade que le gauche; ce que nous dirons de l'un s'appliquera presque de tous points à l'autre. Ils ont un volume double de leur volume normal; ils présentent, au travers de leur capsule, un aspect granité très-remarquable, produit par un fond brun semé d'un pointillé blanc très-abondant. Du reste, la capsule s'enlève avec facilité, et n'entraîne aucune parcelle de substance corticale. Le tissu de ces organes me paraît d'ailleurs avoir une consistance normale. L'hypertrophie des reins semble due au développement de la substance corticale, dans laquelle on trouve des portions blanches, condensées. Les premières divisions de la veine rénale, de chaque côté, contiennent des caillots décolorés, denses, qui se continuent, du côté de la veine cave, en caillots en partie noirs, plus récemment formés. En pénétrant dans l'intérieur des reins, on voit les caillots durs se prolonger dans les veines qui passent entre les cônes de Malpighi, entrer dans les plexus veineux placés à la base des cônes, et s'introduire jusque dans les veinules de la substance corticale, où ils se perdent en constituant des fils d'une extrême ténuité, tout à fait décolorés, lesquels ne me semblent pas adhérer aux parois des petits vaisseaux qu'ils remplissent. On ne constate des adhérences que dans les branches beaucoup plus volumineuses; elles ont lieu en général par quelques points seulement, rarement par toute la circonférence du cylindre que représente le caillot. L'adhérence annulaire avec oblitération complète ne s'observe que pour deux grosses divisions de la veine rénale droite et pour une seule de la gauche.

Ajoutons que tout l'arbre représenté par les divisions d'une veine émulgente n'est pas rempli de caillots; le tronc lui-même est en partie libre.

Il semble que les taches blanches de la substance corticale ne sont elles-mêmes qu'une infiltration fibrineuse, ainsi que l'a fait voir le microscope.

La veine cave ne contient pas de caillots décolorés.

Le poumon droit est le siége d'un œdème général, avec quelques points rouges; il est friable, crépitant. Le poumon gauche présente la même lésion; dans son lobe supérieur, il est tout entier suppuré. Pas de trace de granulations grises, un peu de sérosité dans les plèvres et dans le péricarde, caillots à moitié fibrineux dans le cœur.

Rien dans la substance de l'encéphale, sérosité assez abondante dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ainsi que dans les ventricules latéraux.

Œdème sous-muqueux au pourtour de l'orifice supérieur du larynx.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des forces parallèles ; centres des forces parallèles ; exemples anatomiques.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'iode.

Pharmacie. — De la composition des sucs acides retirés des fruits. Par quels procédés obtient-on ces sucs et comment procède-t-on à leur clarification? Quelle différence existe-t-il entre ces sucs avant et après leur clarification? par quels procédés les conserve-t-on ?

Histoire naturelle. — Des substances contenues dans le tissu utriculaire des végétaux.

Anatomie. — Du mode de développement du cervelet.

Physiologie. — Les contractions du cœur sont-elles dépendantes du système nerveux?

Pathologie externe. — Des terminaisons de l'inflammation.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.